



Guilhermino Reis **Relatório de Trabalho de Projeto**

**Melhorar a qualidade dos cuidados
prestados ao doente com
necessidade de contenção na
unidade de intermédios.**

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica, realizada sob a orientação científica da Professora Lurdes Martins.

Maio de 2015

Guilhermino Monteiro
dos Reis

Relatório de Trabalho de Projeto

**Melhorar a qualidade dos cuidados
prestados ao doente com
necessidade de contenção na
unidade de intermédios.**

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica, realizada sob a orientação científica da Professora Lurdes Martins.

Setúbal, Maio de 2015

AGRADECIMENTOS

O nosso agradecimento à instituição que nos acolheu nesta nova etapa de desenvolvimento pessoal e profissional.

Um agradecimento à Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica S.P. pela orientação prestada no decorrer dos estágios. À Professora L.M. pela disponibilidade e colaboração.

A todos os profissionais que direta ou indiretamente contribuíram para a realização do projeto de intervenção em serviço.

Um agradecimento especial aos pais e a T.F. pelo apoio, paciência e incentivo nos momentos de desânimo.

RESUMO

No decorrer do 3º Mestrado de Enfermagem Médico- Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal, foram realizados três estágios numa unidade de cuidados intermédios de um hospital do Algarve. No decorrer dos estágios foram abordadas duas dimensões, uma correspondente ao projeto de intervenção em serviço (PIS) e outra correspondente ao projeto de aprendizagem de competências (PAC).

O PIS foi desenvolvido de acordo com a metodologia de projeto em *“torno da identificação de uma problemática (problema/oportunidade) clínica de enfermagem médico-cirúrgica, existente no contexto de estágio proposto para o curso por cada formando, do planeamento da intervenção a realizar, da sua execução e avaliação”* Nunes, Ruivo & Lopes (2014, p.4). Incidiu na área da contenção do doente e nas medidas alternativas, através da elaboração de um trabalho escrito, de um poster e de uma sessão formativa, fomentando uma melhoria dos cuidados prestados aos doentes submetidos à contenção na unidade de cuidados intermédios.

Simultaneamente à execução do PIS foi desenvolvido o PAC que apresenta como *“referencial orientador a aquisição/aprofundamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e/ou crónica e paliativa”* Nunes, Ruivo & Lopes (2014, p.5). Neste sentido foram consideradas as formações realizadas que se enquadram na enfermagem médico-cirúrgica, os aportes teóricos fornecidos nas aulas do mestrado, os trabalhos realizados, a experiência adquirida durante os estágios e a experiência profissional de enfermeiro de urgência.

Como tal, a elaboração do relatório de trabalho de projeto *“compreende-se como metodologia reflexiva e como instrumento de aprendizagem central e integrador, que reverte explicitamente para o processo de avaliação das aprendizagens e para a respetiva classificação.”* Nunes, Martins & Lopes (2015, p.2)

Palavras-chave: Competências, contenção, doente, medidas alternativas, metodologia de trabalho de projeto.

ABSTRACT

During the 3rd Master degree in Medical Surgical-Nursing of the Setubal School of Health, there were three stages in an intermediate care unit of a hospital in the Algarve. Over the stages were addressed two dimensions, one corresponding to the service project intervention (SPI) and the other corresponding to the competencies learning project (CLP).

The SPI was developed according to the project methodology *"around the identification of a problematic (problem / opportunity) clinical in medical-surgical nursing, existing at the stage context proposed for the course for each student, planning to carry out the intervention, the implementation and evaluation"* Nunes, Ruivo & Lopes (2014, p.4). Focused in patient restraint area and alternative measures, through the creation of a written work, a poster and a training session, promoting better care to patients undergoing restraint in intermediate care unit.

At the same time of the execution of the SIP was developed the (CLP) presenting as *"framework guiding the acquisition / deepening of specific competencies of specialist nurse in critical person condition and / or chronic and palliative"* Nunes, Ruivo & Lopes (2014, p.5). In this sense we considered the formations made under the medical surgical nursing area, the theoretical contributions provided in the master classes, academic work realized, the experience gained during internships and work experience as an emergency nurse.

As such, the preparation of the report of project work *"is understood as reflexive methodology and a central integrator learning tool that explicitly reverts to the evaluation process of learning and for their classification."* Nunes, Martins & Lopes (2015, p.2)

Keywords: Competences, restraint, patient, alternative measures, project work methodology.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos

ANCP - Associação Nacional de Cuidados Paliativos

ATCN - Advanced Trauma Care for Nurses

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNO – College of Nurses of Ontario

DGS - Direção Geral de Saúde

ICN - International Council of Nurses

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAC - Projeto de Aprendizagem Clínica

PIS - Projeto de Intervenção e Serviço

PNCI – Plano Nacional de Controlo de Infecção

PNS - Plano Nacional de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

RCN – Royal College of Nurses

SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities and Treats

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Promoção da segurança: abordagens alternativas para o uso de contenções. CNO (2012, p.20).	27
Figura 2. Poster: Contenção de Doentes	73
Figura 3. Cronograma Inicial PIS	84
Figura 4. Cronograma Final PIS	86

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Análise SWOT preconizada.....	32
Quadro 2. Análise de conteúdo.....	68

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	13
2.1 Teoria do Sistema Comportamental	16
2.2 Contenção de Doentes.....	21
2.2.1 Medidas Preventivas à Contenção	24
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO.....	28
3.1 Caracterização do Serviço e Equipa Multidisciplinar.....	28
3.2 Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha.....	29
3.3 Definição geral do problema	29
3.4 Análise do problema	30
3.5 Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral.....	32
3.6 Determinação de prioridades	33
3.7 Objetivo geral e específicos	33
3.8 Planeamento do Projeto de Intervenção em Serviço	33
3.9 Execução e Avaliação	35
4. PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA.....	38
5. SÍNTESE DAS APRENDIZAGENS	47
5.1 Competências comuns.....	47
5.2 Competências de Mestre	51
6. REFLEXÃO FINAL.....	56
7. REFERÊNCIAS	58
7.1 Bibliográficas	58
7.2 Electrónicas	61
APÊNDICES	62
APÊNDICE I.....	63
APÊNDICE II.....	65
APÊNDICE III	70

APÊNDICE IV	72
APÊNDICE V.....	74
APÊNDICE VI	83
APÊNDICE VII.....	85

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório de trabalho de projeto foi desenvolvido no âmbito dos estágios I, II e III das Unidades Curriculares Enfermagem Médico- Cirúrgica I e II do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica realizado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Os estágios I e II decorreram durante o 2º semestre do Mestrado, num período de 16 semanas compreendidas entre 10 de Março a 10 de Julho de 2014, correspondendo a uma carga horária total de 432 horas, divididas em 14 horas na Escola Superior de Saúde, 251 horas de trabalho do formando e 167 horas de contacto em estágio. Por seu lado o estágio III decorreu no 3º semestre num período de 16 semanas compreendidas entre 29 de Setembro de 2014 a 29 de Janeiro de 2015, correspondendo a uma carga horária total de 432 horas, divididas em 14 horas na Escola Superior de Saúde, 82 horas de trabalho do formando, 332 horas de contacto em estágio e 4h dedicadas a avaliação.

Estes, foram desenvolvidos numa unidade de cuidados intermédios de um Hospital no sul do País, sendo que este serviço proporcionou o contacto com doentes instáveis e com necessidade de cuidados especializados, tornando-se assim, um local privilegiado para o desenvolvimento das competências especializadas requeridas para o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

A frequência dos estágios teve como objectivo *“proporcionar um espaço de aprendizagem que conduza ao desenvolvimento de competências especializadas ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação em processos associados à enfermagem médico-cirúrgica, permitindo o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho”* Nunes, Ruivo & Lopes (2014, p.1). Assenta em duas dimensões, nomeadamente, no desenvolvimento de um projeto de intervenção em serviço (PIS) e no desenvolvimento de um projeto de aprendizagem de competências (PAC).

O PIS foi desenvolvido de acordo com a metodologia de projeto em *“torno da identificação de uma problemática (problema/oportunidade) clínica de enfermagem médico-cirúrgica, existente no contexto de estágio proposto para o curso por cada formando, do planeamento da intervenção a realizar, da sua execução e avaliação”*

Nunes, Ruivo & Lopes (2014, p.4), incidindo na melhoria dos cuidados prestados aos doentes submetidos à contenção na unidade de cuidados intermédios. A contenção de doentes comporta vários riscos para o doente quando utilizada levemente ou mal executada. De acordo com a DGS (2011, p.2) os profissionais de saúde devem receber formação nesta temática na sua admissão e em sessões de atualização no máximo a cada 3 anos, garantindo assim uma prestação de cuidados de elevada qualidade neste campo.

Em paralelo à execução do PIS foi desenvolvido o PAC que tem como *“referencial orientador a aquisição/aprofundamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e/ou crónica e paliativa”* Nunes, Ruivo & Lopes (2014, p.5). Nesta perspectiva foi tido em conta a experiência profissional como enfermeiro de urgência, as formações realizadas anteriormente que se enquadram na enfermagem médico-cirúrgica, os aportes teóricos fornecidos nas aulas, bem como os trabalhos realizados e a experiência adquirida durante os estágios.

Neste sentido, a elaboração deste relatório de trabalho de projeto *“compreende-se como metodologia reflexiva e como instrumento de aprendizagem central e integrador, que reverte explicitamente para o processo de avaliação das aprendizagens e para a respetiva classificação.”* Nunes, Martins & Lopes (2015, p.2).

Este documento além da introdução divide-se em cinco partes, na primeira parte é realizado o enquadramento conceptual onde constam os conceitos e referências que dão suporte ao trabalho e onde é abordada a teoria do sistema comportamental.

Na segunda parte é descrito o desenvolvimento do PIS, sendo feita a caracterização do serviço e equipa multidisciplinar, a identificação do problema, o planeamento das intervenções realizadas, a execução e a avaliação

Na terceira parte é exposto o PAC e de que forma foram adquiridas/aprofundadas as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, através das aprendizagens e atividades desenvolvidas.

Na quarta parte são abordadas as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências de Mestre, mostrando-se de que forma as mesmas foram atingidas.

Por fim é apresentada uma reflexão final onde se realiza uma síntese do trabalho efetuado, a análise dos objetivos traçados e se descreve os aspectos facilitadores e constrangedores do relatório

Na elaboração do relatório de trabalho de projeto adoptamos como norma de referenciação o estilo American Psychological Association (APA). A utilização de uma norma de referenciação tem como objectivos, proteger os direitos de autor dos trabalhos consultados e proporcionar recursos a serem consultados pelo leitor.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A enfermagem é uma ciência e arte que nos últimos tempos tem vindo a afirmar-se no seio das sociedades, quer pelo seu inegável contributo à saúde dos indivíduos, quer pelo seu desenvolvimento a nível científico.

De acordo com o ICN (2014) a enfermagem engloba os cuidados autónomos e colaborativos, que se prestam às pessoas de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, doentes ou sãs, em todos os contextos, e inclui a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o cuidado de pessoas doentes, deficientes e moribundas. Para a prática de enfermagem é necessário o título de enfermeiro que confere a habilitação ao exercício profissional de enfermagem, segundo a OE (2012, p.15) o enfermeiro *“é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.”*.

A formação do enfermeiro não termina com o curso de licenciatura, é algo que o acompanha durante todo o seu percurso profissional de forma a manter competências adquiridas, bem como, a permitir a aquisição de novas competências. Segundo Le Boterf (2003, p. 50) *“para que haja competência, é preciso (...) um repertório de recursos (conhecimentos, capacidades cognitivas, capacidades relacionais, etc.). Esse equipamento é a condição do profissionalismo. É o ponto de partida que torna possível a competência profissional.”*, a aquisição de novas competências proporciona o desenvolvimento profissional, resultando num nível elevado de cuidados prestados. De acordo com Benner (2001) o desenvolvimento do enfermeiro passa por cinco etapas, iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Nesta última etapa podemos alocar o enfermeiro especialista que detém *“um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”* OE (2010, p.2).

Das várias áreas de especialidade destacamos o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, que engloba duas vertentes, o doente em situação crítica e o doente em situação crónica e paliativa. A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008, p.9) define como doente crítico *“aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica.”*, como tal, neste campo o enfermeiro especialista proporciona *“cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.”* OE (2010, p.1).

Na nossa prática diária como enfermeiro que desenvolve a sua atividade profissional em serviço de urgência os conhecimentos aprofundados na área do doente crítico são essenciais. Várias recomendações têm sido elaboradas sobre o perfil de competências do enfermeiro de urgência, neste sentido, o grupo de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (2012, p.87) refere que *“É desejável que, pelo menos uma parte da Equipa de enfermagem, possua certificação equivalente ou numa Especialidade na vertente do Doente Urgente, obtida através de processo definido internamente pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente que reúna as competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem de pessoa em situação crítica, tal como descritas pela Ordem dos Enfermeiros”*.

Na outra vertente da especialidade, podemos classificar o doente crónico como o indivíduo que padece de uma ou mais doenças que *“são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados”* OMS (s.d). Estes doentes inúmeras vezes recorrem aos serviços de urgência com agudizações das suas doenças, na maioria dos casos devido a um acompanhamento inadequado, o que torna benéfico a aquisição de conhecimentos neste domínio por parte dos profissionais de urgência, consciencializando o mesmo para a especificidade da abordagem a estes doentes. Dependendo da evolução e gravidade da doença, existe a necessidade de cuidados paliativos, que consistem numa *“abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos*

doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognósticos limitados, e/ou doença grave (que ameaça a vida), e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada, e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos como a dor mas também dos psicossociais e espirituais” OMS (s.d) citada por ANCP (2006, pág. 2).

A qualidade dos cuidados requer segurança nos procedimentos efectuados, esta segurança advém dos conhecimentos adquiridos pelo profissional, bem como, pela adoção de procedimentos que evitem o dano ou o potencial dano no doente, remetendo para a gestão de risco que segundo Oliveira (2007, p.14) é uma *“abordagem estruturada que resulta em sistemas de trabalho, práticas e premissas mais seguras e numa maior consciência dos profissionais relativamente ao perigo e às responsabilidades”*. Apresenta como finalidade a redução de acidentes e erros, resultando numa melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados, beneficiando o doente, o profissional e a própria organização.

Foram identificados três factores que conduzem ao erro profissional, factores ambientais, fisiológicos e psicológicos. A Agency for Helth Care Research and Quality (2003) citada por Oliveira (2007, p.14) define erros em cuidados de saúde como *“(…) enganos realizados no processo de cuidados e que resultam ou têm potencial para resultar em dano para o doente. Considera-se que estes erros podem ser de comissão (fazer uma coisa errada), erros de omissão (não fazer uma coisa certa) e erros de execução (fazer uma coisa certa incorretamente.)”*. A ocorrência de erros é inevitável *“e a sua análise deverá incidir mais sobre os vícios do sistema e menos sobre a tão banalizada, culpabilização dos indivíduos”* Fragata & Martins (2008, p.12).

No campo da segurança e qualidade dos cuidados prestados enquadra-se a contenção de doentes, que segundo a DGS (2007, p.2) consiste na *“restrição dos movimentos da pessoa doente, em situações de agitação psicomotora, confusão mental ou agressividade/violência em relação a si próprio e/ou a outros.”*. Os doentes são elegíveis para a utilização de medidas de contenção quando *“manifestem comportamentos que o coloquem a si ou à sua envolvente em risco de sofrer danos, recusem tratamento compulsivo, nos termos legais e recusem tratamento vital, urgente”* DGS (2011, p.1), a utilização desta medida requer especial cuidado, uma vez que, além de possuir o potencial

de provocar danos físicos ao doente quando utilizada incorretamente, interfere em determinadas ocasiões com os direitos e liberdades do doente.

2.1 Teoria do Sistema Comportamental

A prática de enfermagem requer sustentação teórica, isto permite moldar os cuidados de enfermagem prestados ao doente. Kerlinger (1973) citado por George (2000, p.12) define teoria como *“um conjunto de conceitos inter-relacionados, definições e preposições que apresentam uma forma sistemática de ver os factos/eventos, pela especificação das relações, entre as variáveis, com finalidade de explicar e prever o facto/evento.”*, por seu lado Chinn & Kramer (1991, p.79) citados por George (2000, p.12) consideram teoria como *“uma estruturação criativa e rigorosa de ideias que projetam uma tentativa, uma resolução e uma visão sistemática dos fenómenos.”*. Para se aplicar uma teoria à prática de enfermagem é necessário acrescentar a importância da comunicação da teoria de enfermagem e a finalidade da prescrição de enfermagem, isto leva-nos à definição de teoria de enfermagem, Meleis (1991, p.17) citada por George (2000, p.12) considera a teoria de enfermagem como *“uma conceitualização articulada e comunicada da realidade inventada ou descoberta (fenómeno central e relacionamentos) na enfermagem com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem”*.

As teorias são compostas por conceitos e preposições, o conceito consiste na unidade básica do pensamento teórico. Webster (1991) citado por George (2000, p.11) define conceito *“como algo concebido na mente- um pensamento ou uma noção”*, são palavras que representam a realidade podendo ser empíricos ou abstractos, a preposição explica o relacionamento existente entre os conceitos. *“A teoria não só é essencial para a existência da enfermagem enquanto disciplina académica, como também é vital para a prática da profissão”*. Tomey & Alligood (2004, p.17)

De forma a orientar os trabalhos desenvolvidos no decorrer dos estágios do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica, optou-se pela escolha da teoria do Sistema Comportamental de Dorothy Johnson.

A teoria de Johnson foi influenciada pela pesquisa desenvolvida por Florence Nightingale, onde a enfermagem se centra nas necessidades do indivíduo e não concretamente na doença. Segundo Johnson (1961), os doentes sofrem de stress provocado por estímulos de natureza interna e externa que originam distúrbios ou tensões, originando um estado de desequilíbrio. Esta identificou duas áreas centrais para os cuidados de enfermagem de forma a restaurar o estado de equilíbrio dos doentes. Na primeira área os cuidados de enfermagem visam a redução dos estímulos originadores de stress, na segunda área de atuação os cuidados de enfermagem *“devem proporcionar apoio para as defesas naturais e os processos adaptativos do cliente”* Johnson (1961, p.66) citada por Lobo (2000, p.103), estes cuidados facilitam *“o funcionamento comportamental eficaz no doente antes, durante e após a doença.”* Brown (2004, p.280)

Em 1968 Johnson identifica o doente como um sistema comportamental com vários subsistemas, em 1980 desenvolve o Modelo de Sistema Comportamental para a enfermagem *“apoiada por um corpo de conhecimento empírico e teórico, rico, confiável e de rápida expansão”* Johnson (1980, p.207) citada por Lobo (2000, p.104). O desenvolvimento de todo este trabalho culmina com a definição de enfermagem como *“uma força reguladora externa que age para preservar a organização e a integração do comportamento do paciente a um nível ideal, condições abaixo das quais o comportamento constitui uma ameaça para a saúde física e social ou nas quais é encontrada a doença”* Johnson (1980, p.214) citada por Lobo (2000, p.104).

Na elaboração da teoria do sistema comportamental Johnson desenvolve quatro pressupostos sobre o sistema. No primeiro pressuposto presume-se a existência de *“organização, interação, interdependência e integração das partes e elementos do comportamento que formam o sistema”*, Chin (1961) citada por Lobo (2000, p.105). No segundo pressuposto o *“sistema tende a adquirir um equilíbrio entre as várias forças operando dentro e sobre ele”* Chin (1961) citada por Lobo (2000, p.105), o doente luta constantemente para *“manter o equilíbrio do sistema comportamental e dos estados reguladores através de adaptações ou ajustamentos mais ou menos automáticos às forças naturais impostas a ele.”* Johnson (1980, p.208) citada por Lobo (2000, p.105). O terceiro pressuposto é que o *“sistema tanto exige quanto resulta em algum grau de regularidade e constância no comportamento, é essencial para o homem; isto quer dizer, é*

funcionalmente significativo, pois serve a uma finalidade útil tanto à vida social quanto individual.” Johnson (1980, p.208) citada por Lobo (2000, p.105). O último pressuposto afirma que o *“equilíbrio do sistema reflete os ajustes e as adaptações bem-sucedidas de alguma maneira e em algum grau”* Johnson (1980, p.208) citada por Lobo (2000, p.105). O estado de equilíbrio em determinadas situações pode não corresponder a um comportamento socialmente aceite, a adaptação de um indivíduo pode ser constrangedora para a sociedade.

Existem sete subsistemas sendo elaboradas quatro pressuposições comuns a todos os subsistemas. A primeira pressuposição é que *“pela forma que o comportamento toma e pelas consequências que ele atinge pode-se inferir que impulso foi estimulado e que a meta está sendo buscada”* Johnson (1980, p.210) citada por Lobo (2000, p.105), ou seja, é esperado que a meta final seja igual para todos os subsistemas independentemente dos métodos utilizados. A segunda pressuposição é que cada doente *“tem uma predisposição para agir, com referência à meta, de uma determinada forma mais do que outra”* Johnson (1980, p.210-211) citada por Lobo (2000, p.105). A terceira pressuposição é que os subsistemas possuem um leque de alternativas ou ações que podem ser escolhidas, Johnson (1980) citada por Lobo (2000, p.105) refere que *“um maior repertório de comportamentos está disponível para indivíduos mais adaptáveis”*, isto resulta das experiências de vida ocorridas que permitem ao doente adicionar ações alternativas no seu repertório. A última pressuposição é que *“produzem resultados observáveis isto é, o comportamento do indivíduo”* Johnson (1980) citada por Lobo (2000, p.106), isto permite que, seja avaliada a eficácia e a eficiência dos comportamentos para que haja suporte no atingir das metas.

Além das quatro pressuposições descritas os subsistemas apresentam três exigências funcionais, a primeira exigência é que cada subsistema deve ser *“protegido de influências nocivas que o sistema não pode enfrentar”*, o segundo é que cada subsistema deve ser *“alimentado através de input de suprimentos apropriados advindos do ambiente”*, por último cada subsistema tem de ser *“estimulado ao uso no sentido de promover o crescimento e de evitar estagnação.”* Johnson (1980, p.212) citada por Lobo (2000, p.106).

Quando ocorre desequilíbrio no sistema é provocada tensão, isto obriga o sistema a aumentar o consumo de energia de forma a regressar ao equilíbrio. Para que o sistema se

mantenha num estado de equilíbrio é necessário que os factores internos e externos se mantenham ordenados, a enfermagem é parte do ambiente externo que auxilia quando necessário o doente a regressar ao seu estado de equilíbrio.

Os doentes apresentam formas de agir padronizadas, intencionais e repetitivas formando o sistema comportamental específico do indivíduo, estas formas de ação constituem uma *“unidade funcional organizada e integrada que determina e limita a interação entre pessoas e seu o ambiente e estabelece o relacionamento da pessoa com os objectos, os eventos e as situações no seu ambiente”* Johnson (1980, p.209) citada por Lobo (2000, p.106).

Como referido ao longo do texto Johnson descreveu sete subsistemas que estão inter-relacionados, como tal, a modificação de um subsistema provoca a alteração dos restantes. O primeiro subsistema é identificado como de ligação ou afiliação, permite a *“inclusão social, a intimidade, a formação e a manutenção de um forte vínculo social”*, Johnson (1980, p.212) citada por Lobo (2000, p.106). Neste subsistema são criados vínculos com pessoas significativas que proporcionam ao doente a sensação de segurança. O segundo subsistema identificado é o da dependência que pretende a *“aprovação, atenção ou reconhecimento e assistência física”*, Johnson (1980, p.213) citada por Lobo (2000, p.107), desencadeando em outros indivíduos comportamentos de suporte no ambiente. O terceiro subsistema identificado é o da ingestão, este subsistema relaciona-se com a ingestão de alimentos e segundo Johnson (1980) citada por Lobo (2000, p.107) é o *“significado e as estruturas dos eventos sociais em torno das ocasiões em que o alimento é ingerido”*, em determinadas culturas os comportamentos referentes à ingestão de alimentos relacionam-se mais com o socialmente aceite em detrimento das necessidades biológicas. O quarto subsistema identificado é o da eliminação, relacionado com a excreção dos resíduos do organismo, sendo que para a excreção Johnson utiliza a mesma linha de raciocínio usada no subsistema ingestão tendo em conta que os comportamentos relativos à excreção variam conforme a cultura. O quinto subsistema é o da sexualidade, dando-se ênfase aos comportamentos relacionados com a procriação, estes comportamentos variam entre culturas e géneros. O sexto subsistema é o de agressão, Johnson (1980) citada por Lobo (2000, p.107) considera que *“gera respostas defensivas do indivíduo quando a sua vida ou o seu território está ameaçado”*, tendo como objectivo a proteção e

autopreservação. O último subsistema identificado é o de realização onde o doente procura controlar o ambiente através dos seus comportamentos, os comportamentos têm como meta ser socialmente aceitáveis.

No desenvolvimento da teoria do sistema comportamental foram utilizados os metaparadigmas de enfermagem. De acordo com Johnson a pessoa possui dois sistemas principais, o biológico e o comportamental, referindo que a enfermagem concentra-se no sistema comportamental enquanto a medicina centra-se no sistema biológico, existindo interações entre os dois sistemas quando ocorrem disfunções em algum dos sistemas.

A sociedade consiste no ambiente onde o doente vive, influenciando o seu comportamento através dos eventos ocorridos, a saúde do indivíduo consiste num *“estado indefinido determinado por factores psicológicos, sociais, biológicos e fisiológicos”* Johnson (1978) citada por Lobo (2000, p.108), onde o indivíduo mantém um equilíbrio. A enfermagem procura suportar o equilíbrio do indivíduo estando o seu principal foco orientado para a manutenção do equilíbrio dos sistemas comportamentais quando o indivíduo se encontra doente.

A necessidade de conter um doente pode ser prevenida com o adequado acompanhamento da equipa multidisciplinar. Este acompanhamento permite identificar atempadamente os doentes que apresentam alterações ou desvios comportamentais, intervindo-se de forma a normalizar as alterações identificadas, contudo, *“o comportamento agressivo ou disruptivo de um doente pode surgir também de forma inesperada, torna-se necessário adoptar medidas de contenção, tendo em vista a sua proteção e a do meio envolvente”* DGS (2007, p.1). Em determinadas circunstâncias pode-se recorrer à imobilização física do doente, bem como, ao seu isolamento para que se proceda à administração de terapêutica necessária à melhoria do seu estado, estes procedimentos *“devem ter como único e exclusivo objectivo garantir que a pessoa doente ultrapasse com segurança a situação de crise”* DGS (2007, p.1).

Ao analisarmos a necessidade de conter um doente na perspectiva teórica de Johnson, podemos considerar que quando um doente apresenta um desvio comportamental, este, pode ter origem em estímulos internos ou externos geradores de tensão e que conduzem o doente a um estado de desequilíbrio. Quando o doente se encontra em

desequilíbrio exibe comportamentos desadequados, como auto/hetero agressividade e recusa de tratamento vital por se encontrar desorientado/confuso. Estes comportamentos desadequados carecem de uma intervenção, na fase imediata a intervenção é realizada com a prestação de cuidados de enfermagem que reduzam ou eliminem de forma imediata os estímulos causadores de stresse, sendo necessário em muitas ocasiões recorrer à contenção do doente. Numa fase anterior ou posterior à contenção providencia-se cuidados de enfermagem que proporcionem apoio ao doente na sua adaptação, bem como, controlem e previnam a existência de estímulos no doente. Neste sentido e utilizando a definição de enfermagem de Johnson, o enfermeiro atua como uma força externa reguladora para prevenir e eliminar comportamentos desadequados, preservando os comportamentos considerados adequados e benéficos para o indivíduo.

2.2 Contenção de Doentes

Na prática diária dos profissionais de saúde existem situações inesperadas que requerem a contenção do doente, estas situações prendem-se com alterações do comportamento que colocam o doente e os profissionais em risco, a necessidade de tratamento vital e o tratamento compulsivo nos termos legais quando existe recusa.

Podemos considerar a contenção de doentes como *“medidas utilizadas para controlar a atividade física ou comportamental de uma pessoa ou de uma porção do seu corpo”* CNO (2012, p.19). De acordo com a DGS (2011, p.3) existem cinco tipos de contenção:

- Contenção terapêutica: medida utilizada para controlar a atividade física ou comportamental de uma pessoa ou parte do seu corpo durante a prestação de cuidados de saúde, visando melhorar a condição de saúde e a prevenção de complicações. O objectivo da contenção terapêutica é otimizar a segurança do doente e de quem o rodeia, mantendo simultaneamente e dentro do possível, o seu conforto e dignidade.
- Contenção ambiental: recurso a alterações que controlam a mobilidade do doente. Pode ser uma sala de confinamento, um espaço fechado ou limitado onde o doente pode deambular em segurança, com supervisão clínica.

- Contenção física: situação em que uma ou mais pessoas da equipa terapêutica seguram um doente, deslocam ou bloqueiam o seu movimento para impedir a exposição a uma situação de risco.
- Contenção mecânica: utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente.
- Contenção química ou farmacológica: medicação psicoativa que visa inibir um movimento ou comportamento em especial.

Além dos cinco tipos de contenção descritos pela DGS (2011), o Royal College of Nurses (2008) faz referência a um sexto tipo de contenção, denominada por contenção psicológica. A contenção psicológica consiste em dizer constantemente a um indivíduo para não realizar determinada ação e/ou que a ação que pretende realizar não é permitida ou é perigosa. Este tipo de contenção ocorre quando se priva um indivíduo de escolher o seu estilo de vida, por exemplo, dizer a um indivíduo quando se deve deitar ou levantar, ou quando se priva o indivíduo de equipamentos ou bens necessários para a realização das ações pretendidas, são exemplos, retirar as muletas, óculos, etc. Royal College of Nurses, (2008, p.3)

O recurso às medidas de contenção devem ser bem ponderadas e vistas como uma situação transitória, quando se esgotam as medidas preventivas e se torna inevitável o seu uso, deve-se ponderar os riscos (físicos, psicológicos, éticos e legais) do tipo de contenção escolhida e optar sempre pela menos restritiva. Segundo a DGS (2011, p.2) na aplicação de medidas de contenção deve-se:

- Esgotar as medidas preventivas.
- Obter, sempre que possível, o consentimento do doente.
- Obter, sempre que possível, o consentimento da família ou pessoa significativa do doente.
- Esclarecer o doente do que vai ser feito e porquê.
- Ajustar a medida de contenção à situação do doente.
- Cumprir as instruções do fabricante na aplicação do mecanismo de contenção.

- Vigiar o doente sujeito a medidas de contenção com a frequência que o seu estado ditar.
- Reavaliar a necessidade da medida de contenção e a possibilidade de a substituir por uma medida menos limitativa.
- Retirar a medida de contenção assim que possível.
- Registar os procedimentos no processo clínico.

Alguns estudos demonstram que a contenção de doentes quando mal executada e indevidamente mantida, provoca vários danos ao doente agravando o seu estado de saúde. Estes danos ocorrem devido a falhas na aplicação das medidas de contenção.

Segundo a DGS (2011, p.3) as falhas mais comuns são:

- Seleção do doente: Para alguns doentes a aplicação de uma medida de contenção pode desencadear maior agitação;
- Abuso na utilização: As medidas de contenção são um último recurso e depois de ponderada a relação risco/benefício. A utilização destas medidas deve ter como resultado o melhor interesse do doente.
- Acompanhamento inadequado: O recurso a estas medidas é abusivo se visa a redução da vigilância do doente. A contenção por um longo período pode resultar em vários problemas de saúde, dependendo do mecanismo adoptado e do doente.
- Tipo ou utilização incorreta de dispositivo de contenção: A escolha do dispositivo inadequado para o caso concreto, no tamanho errado ou de forma inadequada aumenta a possibilidade de ocorrência de incidentes com dano para o doente.

Independentemente da medida de contenção escolhida pela equipa, a mesma deve ser executada sob prescrição médica e registada no processo clínico do doente. Nas situações de urgência os profissionais de enfermagem podem iniciar uma contenção mecânica, atuando de acordo com a circular da DGS (2011), com a circular interna da instituição e com o REPE e código deontológico do enfermeiro, comunicando posteriormente ao médico o ocorrido para que o mesmo proceda à avaliação clínica do doente. Norma de Procedimento de Enfermagem N.º 5/IX/E (2012, p.3)

Qualquer que seja a medida de contenção aplicada, compete à enfermeira chefe do serviço assegurar que determinados elementos são registados no processo do doente. DGS (2011, p.1). Tendo em consideração as indicações da DGS (2011, p.1) e a Norma de Procedimento de Enfermagem N.º 5/IX/E (2012, p.6) os elementos que devem constar no processo do doente são:

- Avaliação do estado do doente que determinou a necessidade de contenção.
- Medidas preventivas iniciadas e o seu impacto.
- Profissionais envolvidos na tomada de decisão das medidas de contenção.
- Tipo de contenção utilizado.
- Data e hora da colocação, retirada ou suspensão da contenção mecânica.
- Avaliações subsequentes à colocação da medida de contenção. Incluem a evolução do estado do doente e o rastreio de lesões associadas à colocação das medidas de contenção.
- Revisão do plano de cuidados como consequência da medida de contenção.
- Duração de cada episódio de contenção

Paralelamente ao registo destes elementos, é obrigatório o preenchimento de um impresso próprio de monitorização de contenções de doentes. O preenchimento deste impresso tem como finalidade a avaliação da eficiência e efetividade do procedimento. Procedimento de Enfermagem N.º 5/IX/E (2012, p.6)

2.2.1 Medidas Preventivas à Contenção

A maioria do comportamento tem um significado, isto exige uma avaliação e análise da causa do mesmo. Quando a causa do comportamento é identificada, podem ser planeadas intervenções para resolver as dificuldades que o doente está a passar e que provocam a alteração do comportamento. CNO (2009, pag.4)

O College of Nurses of Ontario refere que os enfermeiros devem avaliar no momento da admissão, a presença de factores predisponentes e precipitantes, que colocam o doente em risco de ser submetido a medidas de contenção. Existem múltiplos factores predisponentes e precipitantes que contribuem para a decisão dos enfermeiros utilizarem medidas de contenção enquanto cuidam dos doentes. Estes factores podem ser influenciados pela idade do doente, bem como, por outros factores situacionais que

individualmente ou em combinação, resultam em comportamentos que podem influenciar a decisão do enfermeiro. CNO (2012, p.23)

As intervenções de enfermagem devem ter como foco a identificação dos factores que contribuem para comportamentos resultantes de necessidades não satisfeitas. Quando esses factores são identificados, devem ser desenvolvidas e usadas intervenções individualizadas para auxiliar o enfermeiro/equipa multidisciplinar e o doente, resolvendo as causas que podem originar a utilização de medidas de contenção. CNO (2012, pag.32)

A utilização destas medidas que englobam os profissionais de saúde, o doente e a família, funcionam como estratégias para a utilização de medidas alternativas à contenção de doentes. Algumas das medidas alternativas à contenção de doentes descritas pela DGS (2012, pp. 2-3) são:

- Presença e acompanhamento individual por profissionais de saúde que proporcionem ao doente a libertação de tensões e hostilidade, recorrendo à palavra ou outras formas de expressão, consoante o contexto.
- Contenção verbal, com sinceridade, calma e firmeza.
- Modificar o contexto, procurando oferecer ao doente um ambiente calmo e seguro.
- Recorrer à inclusão ou exclusão de alguma pessoa significativa para o doente.
- Convidar e organizar atividades e tarefas minimamente compatíveis com a condição do doente.
- Tratamento farmacológico.

O College of Nurses of Ontario (2012) desenvolveu um modelo (figura 1) denominado Promoção da segurança: abordagens alternativas para o uso de contenções, com base em princípios orientadores. Este modelo permite aos enfermeiros uma conduta que promova ambientes livres de contenção, em indivíduos que demonstrem alterações de comportamento.

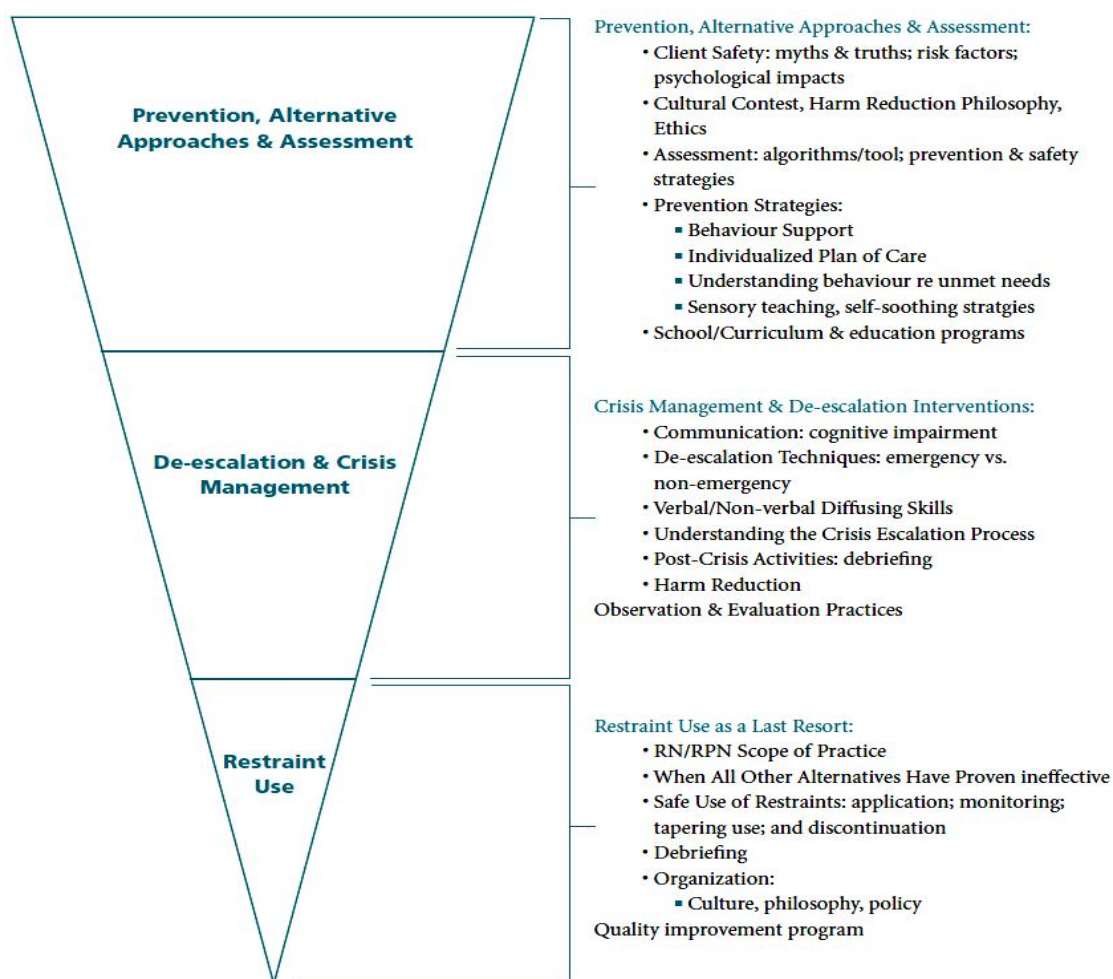
O modelo utiliza três focos, o primeiro foco consiste na prevenção, abordagens alternativas e avaliação, o segundo foco relaciona-se com a implementação das abordagens alternativas, intervenções que reduzam tensões e gestão de crises, o último foco é a utilização de medidas de contenção após todas as outras alternativas se mostrarem ineficazes. Este modelo consiste numa mudança de paradigma, dando ênfase a uma cultura

livre de contenções que se foca nas medidas alternativas à contenção, ao invés de apenas minimizar os efeitos das contenções. CNO (2012, p.19)

Os princípios/pressupostos orientadores usados no modelo, Promoção da segurança: abordagens alternativas para o uso de contenções, foram os seguintes:

- Doente, família, pessoas significativas, substituto legal- são parceiros ativos no cuidado, dentro das suas capacidades e em colaboração com a equipa multidisciplinar de cuidados de saúde.
- A filosofia da prestação de cuidados individualizados é fundamental para a relação terapêutica entre doente e enfermeiro.
- Todo o comportamento do doente tem um significado em resposta a uma causa subjacente.
- A prevenção da utilização de dispositivos de contenção começa com a avaliação e uso de abordagens alternativas.
- Técnicas de redução de tensão usadas na gestão da crise podem ser utilizadas como estratégia de prevenção no recurso a medidas de contenção.
- A liderança é necessária em todos os níveis das organizações de cuidados de saúde, a fim de criar um movimento em direção a ambientes livres de contenções.
- Quando o uso de medidas de contenção é inevitável, a forma menos restritiva de contenção deve ser utilizada e no menor período de tempo, para evitar danos ao doente e profissionais. O uso de medidas de contenção é temporária e deve-se continuar a considerar medidas alternativas.

Figura 1. Promoção da segurança: abordagens alternativas para o uso de contenções. CNO (2012, p.20).



3. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

A realização de um PIS tem como finalidade a resolução de uma problemática identificada, promovendo a melhoria da qualidade do serviço onde é executado, bem como, da instituição, isto conduz à prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade. Em simultâneo a realização do PIS proporciona o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

O PIS assenta na metodologia de projeto que consiste em investigar/estudar um problema identificado de forma a que o investigador adquira conhecimento da realidade e forneça uma solução ao problema identificado. Esta metodologia promove a melhoria da qualidade em saúde, que de acordo com Saturno *et al.*, (1990) citados pelo PNS 2012-2016 (2012, p.2) consiste na *“prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão”*.

3.1 Caracterização do Serviço e Equipa Multidisciplinar

O serviço onde decorreu o PIS é considerado uma unidade de cuidados intermédios que fornece suporte aos doentes com patologias graves ou mais complexas. Esta unidade fazia parte integrante do serviço de urgência tendo sido separada e atualmente funciona de forma independente, contudo, continua a ser o principal serviço para onde são escoados os doentes admitidos e estabilizados na sala de reanimação do serviço de urgência.

Fisicamente é constituído por duas divisões principais detendo capacidade para acolher até 12 doentes instáveis. Na divisão principal encontram-se nove camas de internamento num “open space”, o gabinete da enfermeira responsável numa sala no interior desta divisão e uma pequena sala dos “sujos”, na segunda divisão encontram-se três camas de internamento e uma casa de banho de apoio a todo o serviço. Em anexo ao serviço situa-se uma arrecadação de apoio onde se armazena o material clínico necessário à prestação de cuidados e uma copa onde a equipa pode ingerir as refeições.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos previamente selecionados da equipa médica da urgência, estando um médico exclusivo ao serviço e presente durante as 24 horas. Relativamente à equipa de enfermagem, esta é constituída por um total de 20 enfermeiros divididos em 4 equipas com horário rotativo, 4 enfermeiras em horário fixo. O

rácio de enfermeiros por turno consiste em 1 enfermeiro por cada 3 doentes nos turnos da manhã e da tarde e 1 enfermeiro para 4 doentes no turno da noite. A equipa de assistentes operacionais é constituída por 10 elementos com os rácios de 2 elementos para todo o serviço nas manhãs e tardes e 1 elemento para todo o serviço nas noites.

Além dos enfermeiros, médicos e assistentes operacionais que diariamente laboram no serviço, existe apoio de outros profissionais sempre que necessário, como fisioterapeutas, técnicos de radiologia, técnicos de cardiopneumologia, assistente social, dietista, etc.

3.2 Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha

O recurso à contenção de doentes é largamente utilizado nas instituições de saúde quer a nível nacional como internacional. Esta prática tem como objectivos a segurança do doente evitando comportamentos de risco em relação a si próprio, bem como aos que o rodeiam, a execução de procedimentos “life-saving” e o tratamento compulsivo nos termos legais quando existe recusa. Grande parte dos profissionais que recorre a este tipo de medidas, não tem plena consciência das consequências da sua utilização indevida.

Na procura contínua pela excelência dos cuidados prestados ao doente torna-se pertinente a abordagem desta temática de forma a “*prevenir incidentes e eventos adversos associados às medidas de contenção*” DGS (2011, p.4), garantindo a proteção dos direitos do doente e do profissional de saúde envolvido.

Os enfermeiros estando em contacto 24 horas com o doente são o principal grupo profissional que se depara com situações que necessitam de contenção. Estas situações comportam riscos (físicos, psicológicos, éticos e legais) além de influenciarem o estado de saúde do doente, sendo imprescindível a sua correta aplicação. Ao elucidar os profissionais para as consequências da utilização destas medidas, pretende-se que os mesmos tenham como foco as medidas preventivas e só em última instância a contenção do doente.

3.3 Definição geral do problema

Incumprimento parcial das práticas reguladas na contenção de doentes no serviço de intermédios.

3.4 Análise do problema

A contenção de doentes foi considerada uma área com necessidade de intervenção, como tal, a DGS emanou a Circular Normativa N.º 8/DSPSM/DSPCS de 25/05/2007 sobre medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes – contenção física, sendo posteriormente substituída pela orientação N.º 021/2011 de 06/06/2011 sobre prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. Como resultado as instituições de saúde ficaram obrigadas a desenvolver normas internas de atuação na contenção de doentes tendo por base as indicações da DGS, auditando posteriormente o cumprimento da norma.

Após consulta das diretrizes da DGS, da norma interna da instituição e dos dados das auditorias, constatou-se no decorrer do estágio a existência de doentes contidos, sem cumprimento dos critérios necessários para a contenção. De salientar que dos diferente tipos de contenção o mais verificado durante o estágio foi a contenção mecânica.

Foi efectuada uma entrevista exploratória não estruturada com a responsável do serviço, que reconheceu a necessidade de intervenção nesta área, uma vez que, as auditorias revelam falhas nos procedimentos necessários a esta prática. Isto traduz-se numa diminuição da qualidade dos cuidados prestados o que influencia o estado geral do doente.

De acordo com os dados da auditoria à instituição relativos a 2013 no primeiro semestre a taxa global de conformidade foi de 74,4%, no segundo semestre verificou-se uma taxa global de conformidade de 73%. A nível do serviço onde decorreram os estágios verificou-se que os doentes ficam mais tempo contidos em comparação com os dados gerais da instituição.

A metodologia utilizada na auditoria consiste na observação direta do doente e respetivo processo clínico, utilizando-se uma grelha de observação que tem por base a norma interna de atuação da instituição e a orientação da DGS. Esta observação é executada por 5 grupos de enfermeiros auditores, sendo cada grupo constituído por 3 elementos. A auditoria ocorre sem aviso prévio num período de tempo pré determinado, tendo de ser observado pelo menos um doente submetido à contenção. A coordenação dos grupos e tratamento de dados fica a cargo da enfermeira supervisora responsável pela área da qualidade.

Em 2013 no local do estágio foram efectuadas 125 contenções a 92 doentes, sendo que 4,03% ficaram contidos até 8 horas, 19,35% ficaram contidos entre 8 e 16 horas, 20,16% ficaram contidos entre 16 e 24 horas e 50,45% ficam contidos por mais de 24 horas, a nível geral os dados da instituição são 29,93% até as 8 horas, 15,42% entre as 8 e as 16 horas, 10,21% entre as 16 e as 24 horas e 44,44% para mais de 24 horas. Como se pode constatar através dos dados sensivelmente metade dos doentes contidos na unidade de intermédios ficam contidos por mais de 24 horas e apenas 4,03% ficam contidos até as 8 horas, isto demonstra uma clara inversão do que se pretende neste campo, onde a maioria dos doentes deveria ser contido até às 8 horas diminuindo a sua incidência até mais de 24 horas.

Adicionalmente realizou-se uma reunião “focus group” (Apêndices 1) como técnica complementar de recolha de dados e por forma a validar junto da equipa de enfermagem a pertinência desta temática. A reunião teve lugar no dia 18 de Junho de 2014 com quatro elementos do serviço com experiência profissional superior a cinco anos de serviço, colocando esses elementos de acordo com Benner (2001) no nível de peritos, a reunião teve a duração aproximada de uma hora. Após a reunião foi efectuada uma análise de conteúdo (Apêndice 2) baseada em Bardin. Esta análise permitiu validar a temática junto da equipa, uma vez que a consideraram importante, tendo-se constatado a necessidade de intervenção nesta área.

De forma a avaliar os riscos e benefícios de uma intervenção nesta temática foi utilizada uma ferramenta de gestão denominada por SWOT (Quadro 1). Esta ferramenta efectua uma análise do cenário baseando-se em factores internos (pontos fortes e pontos fracos) e factores externos (oportunidades e ameaças), a combinação entre os diferentes factores e as suas variáveis facilita a tomada de decisão na definição das estratégias a adoptar. A aplicação da SWOT no tema abordado demonstra benefícios para os doentes, familiares, profissionais de saúde e instituição no geral, potenciando a qualidade dos cuidados prestados.

		PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
		<ul style="list-style-type: none"> - Recursos humanos suficientes - Fácil execução - Aumento da satisfação dos utentes ao nível do serviço. - Aumento da satisfação dos familiares dos utentes do serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiente formação dos profissionais sobre a temática - Recursos materiais insuficientes - Resistência dos profissionais à mudança. - Incorrecta utilização do procedimento.
OPORTUNIDADES	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento da satisfação dos utentes ao nível da instituição. - Aumento da satisfação dos familiares dos doentes internados. - Melhorar indicadores em programa de melhoria continua do serviço em particular e da instituição no geral. 	<p>(sugestões)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promoção da imagem do serviço - Divulgação dos procedimentos de contenção junto dos utentes e familiares 	<p>(sugestões)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formação sobre a temática - Reforço da liderança junto dos profissionais - Aquisição de material adequado à contenção
	AMEAÇAS	<p>(sugestões)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilização dos dispositivos de contenção segundo indicação do fabricante - Melhorar dados estatísticos sobre a temática e relativos ao serviço. 	<p>(sugestões)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantir suporte diferenciado aos profissionais - Reuniões com a supervisão de enfermagem sobre a temática. - Formação sobre a temática

Quadro 1. Análise SWOT preconizada.

3.5 Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral

De acordo com a DGS (2011) os profissionais de saúde devem receber formação nesta temática na sua admissão e em sessões de atualização no máximo a cada 3 anos o que não tem sido realizado no serviço de intermédios em particular e na instituição em geral.

A formação em contexto de trabalho nesta área é fulcral para a “*promoção da segurança no recurso a este tipo de medidas*” DGS (2011, p.4), proporcionando assim benefícios na qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Além da falta de formação sobre a temática no serviço, não existe nenhum trabalho elaborado ou um poster informativo de forma a que sejam esclarecidas dúvidas quando surjam. É disponibilizada a norma de procedimentos da instituição na intra net, contudo informação de acesso rápido não existe. Pelo que consideramos que o desenvolvimento deste projeto pode contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados a prestar ao doente e família revelando a pertinência do estudo e desenvolvimento do projeto.

3.6 Determinação de prioridades

- Pesquisa bibliográfica sobre a temática;
- Realização de um trabalho escrito sobre a temática;
- Realização de formação no serviço relativo ao tema;
- Construção de um poster sobre a temática;
- Implementação do poster no serviço.

3.7 Objetivo geral e específicos

Objectivo geral:

- Melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente com necessidade de contenção na unidade de intermédios.

Objectivos específicos:

- Divulgar a norma sobre a contenção de doentes na unidade de intermédios;
- Formar os profissionais na temática relativa à contenção de doentes;
- Auditar as contenções efectuadas na unidade de intermédios.

3.8 Planeamento do Projeto de Intervenção em Serviço

Esta fase consiste no planeamento do projeto, onde são definidas atividades que permitam atingir os objetivos específicos propostos. São identificados os recursos humanos e materiais necessários para cumprir os objetivos específicos, bem como os indicadores de avaliação.

1º Objetivo específico: Divulgar a norma sobre a contenção de doentes na unidade de intermédios.

As atividades/estratégias a desenvolver para a realização do objetivo são:

- Pesquisa bibliográfica em bases de dados e livros sobre a contenção de doentes;
- Elaboração de um trabalho escrito para ficar no serviço;
- Elaboração de protótipo de um poster;
- Recolha de sugestões para o poster;
- Validação da maquete do poster pela Enfª orientadora, Enfª chefe e professora;
- Elaboração de uma versão definitiva;
- Afixação do poster em local bem visível.

Os recursos humanos necessários foram a Enfª. Chefe e orientadora, Enfª. Supervisora e a docente orientadora. Os recursos materiais utilizados foram o computador, base de dados electrónicos, artigos, livros, impressora e papel. Os indicadores de avaliação foram a apresentação do trabalho escrito, apresentação do poster e pelo menos 75-80% da equipa visualizar e dar feedback do poster.

2º Objetivo específico: Formar os profissionais na temática relativa à contenção de doentes.

As atividades/estratégias a desenvolver para a realização do objetivo são:

- Pesquisa bibliográfica em bases de dados e livros sobre a contenção de doentes;
- Elaboração de slides;
- Marcação/divulgação da formação;
- Elaborar plano da sessão;
- Realização da formação;
- Avaliação da sessão;

Os recursos humanos necessários foram a Enf^a. Chefe e orientadora, a Enf^a. Responsável pela formação em serviço e os Enfs. do serviço, os recursos materiais necessários foram computador, projetor e sala de reuniões. Os indicadores de avaliação serão apresentação do plano da sessão e apresentação do suporte elaborado para a sessão formativa.

3º Objectivo específico: Auditar as contenções efectuadas na unidade de intermédios.

As atividades/estratégias a desenvolver para a realização do objetivo são:

- Pesquisa bibliográfica em bases de dados e livros sobre a contenção de doentes;
- Utilização da grelha de auditoria da instituição para auditar a contenção de doentes no serviço;
- Realização de observações de doentes contidos durante uma semana;
- Tratamento dos dados;
- Elaboração do relatório da auditoria;
- Divulgação dos dados.

Os recursos humanos necessários seriam a Enf^a. Chefe e orientadora, Enf^a. Supervisora e os Enfs. do serviço, os recursos materiais seriam folha de auditoria e computador. Os indicadores de avaliação seriam a obtenção de pelo menos 80% de conformidades na auditoria.

3.9 Execução e Avaliação

Na execução do projeto ocorre a concretização de tudo o que foi planeado com o intuito de se atingir os objectivos delineados. É nesta etapa da metodologia de projeto que se constata as dificuldades e facilidades em executar o projeto até o próprio se materializar.

Terminada a execução do projeto surge a avaliação, que tem como propósito verificar o percurso percorrido até a obtenção do resultado final e se o resultado final está de acordo com o planeado inicialmente.

De seguida será realizada uma descrição e avaliação dos objectivos específicos planeados para o PIS:

1º objetivo específico: Divulgar a norma sobre a contenção de doentes na unidade de intermédios.

De acordo com o cronograma de atividades do PIS iniciamos a pesquisa bibliográfica relativa à contenção de doentes, esta pesquisa bibliográfica decorreu ao longo de toda a execução do projeto, garantindo assim, o suporte teórico necessário. Foram consultadas as normas da DGS, artigos e trabalhos realizados sobre a temática, salientando os trabalhos desenvolvidos pelo College of Nurses of Ontario e Royal College of Nurses.

Foi elaborado um trabalho escrito sobre a temática que ficou disponível a todos os profissionais de saúde do serviço. Este trabalho teve como base as normas da DGS que dão suporte à prática nacional sendo complementado com a informação proveniente de diferentes realidades internacionais. Durante a sua realização ocorreram reuniões com a enfermeira orientadora e a enfermeira supervisora responsável pela auditoria e tratamento de dados sobre a contenção a nível hospitalar, bem como, um acompanhamento por parte da docente orientadora.

Na recta final da realização do trabalho escrito sobre a contenção de doentes e em paralelo foi iniciada a elaboração de poster alusivo à contenção que ficou terminado no final do estágio, estando afixado no serviço. O poster teve como fundo a norma mais recente da DGS sobre a contenção, sendo complementada com informação proveniente do College of Nurses of Ontario. Durante a construção do poster foram recebidas várias opiniões nomeadamente da enfermeira orientadora, enfermeira supervisora, enfermeiros do serviço e docente orientadora.

Tendo em conta o descrito e os indicadores de avaliação, consideramos que este objectivo específico foi atingido na sua plenitude.

2º Objetivo específico: Formar os profissionais na temática relativa à contenção de doentes.

Para alcançar este objectivo manteve-se a pesquisa bibliográfica sobre a temática aproveitando-se o que foi desenvolvido no trabalho escrito. Foi efectuada uma seleção do conteúdo a colocar nos slides de modo a não conter informação excessiva, em simultâneo

foi marcada uma data de apresentação e divulgada a sessão formativa, através da afixação de uma nota de divulgação no serviço em local visível e o envio de um e-mail para os enfermeiros do serviço.

Na realização dos slides a enfermeira orientadora colaborou com sugestões relativamente a estrutura e conteúdo.

Feito o anteriormente descrito procedeu-se a elaboração do plano de sessão de ação de formação (Apêndice 3). No dia 27/1/2015 às 16 horas ocorreu a formação na unidade de cuidados intermédios com uma participação superior a 50% dos enfermeiros, sendo que no final da apresentação ocorreu um debate com esclarecimentos de dúvidas.

Tendo em conta o descrito e os indicadores de avaliação, consideramos que este objectivo específico foi atingido na sua plenitude.

3º Objectivo específico: Auditar as contenções efectuadas na unidade de intermédios.

Neste objectivo pretendia-se auditar as contenções efectuadas na unidade de intermédios num período de tempo posterior à sessão formativa. Para tal recorrer-se-ia a grelha de auditoria utilizada na instituição, a qual estava em nossa posse.

No período posterior a realização da sessão formativa e até ao término do estágio não existiram doentes contidos no serviço, como tal, não foi possível a realização de uma auditoria para verificar os ganhos decorrentes do trabalho desenvolvido.

Tendo em conta o anteriormente descrito e apesar de ser algo que não dependia de nós, temos de considerar este objectivo como não atingido.

4. PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA

De forma simultânea à execução do PIS foi proposto a realização de um projeto de aprendizagem clínica (PAC), que apresenta *“como referencial orientador a aquisição/aprofundamento das competências específicas do enfermeiro especialista”* Nunes, Ruivo & Lopes (2013, p.5). É esperado no PAC uma resposta às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, esta resposta pode ser dada seguindo a estrutura do PIS ou frequentando/realizando formações que englobem as competências específicas, não esquecendo que o serviço onde decorreram os estágios também constitui uma mais valia para a aquisição destas competências.

Entende-se por competências específicas as *“que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.”* OE (2010, p.3). Na definição das competências do enfermeiro especialista manteve-se uma coerência com os *“domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais”*. OE (2010, p.2)

As competências específicas dividem-se em duas áreas, pessoa em situação crítica e pessoa em situação crónica e paliativa. Na área da pessoa em situação crítica existem três competências específicas que segundo a OE (2010, p.2) são:

- *“Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”*
- *“Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação”*
- *“Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequada”*.

Na área da pessoa em situação crónica e paliativa existem duas competências específicas que segundo a OE (2012, p.2) são:

- *“Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida”*
- *“Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte”*

Seguidamente serão abordadas individualmente todas as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente pessoa em situação crítica, demonstrando-se como foram atingidas/aprofundadas.

A aquisição da competência ***“Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”*** ocorreu na prática diária como enfermeiro de urgência, principalmente nos cuidados prestados aos doentes na sala de reanimação e nas transferências inter-hospitalares de doentes críticos. Foram frequentados cursos de SAV e de trauma de forma a adquirir competências neste campo, permitindo uma abordagem segura aos doentes críticos.

No decorrer dos estágios prestaram-se cuidados aos doentes da unidade de cuidados intermédios que favoreceram o aprofundamento desta competência. Anteciparam-se complicações e preveniu-se o risco de falência orgânica dos doentes a nosso cuidado, colaborando-se com os cuidados prestados aos restantes doentes. Geriu-se a administração de protocolos terapêuticos complexos a doentes com vários tipos de terapêutica em perfusão, entre elas, dopamina, dobutamina, noradrenalina, aminofilina, insulina e isoprenalina. Foi efectuada a vigilância e monitorização dos efeitos indesejáveis e prejudiciais para o doente de forma a aumentar, diminuir, parar ou iniciar as perfusões em colaboração com a equipa médica.

Efetuiu-se a gestão diferenciada da dor pela avaliação deste sinal vital de forma a proporcionar alívio e conforto aos doentes, através do posicionamento de doentes, do alívio de pressão, da administração de terapêutica prescrita, bem como, na colaboração com a equipa médica na sugestão de prescrição de medicação analgésica em SOS, em horário fixo ou mesmo na alteração de terapêutica analgésica quando a prescrita não proporciona alívio ao doente.

Devido ao rácio de 3 doentes para cada enfermeiro foi-nos permitido estabelecer relações terapêuticas com o doente/família, escutando os mesmos, prestando apoio emocional sempre que necessário e realizando ensinamentos. Durante o período das visitas retiraram-se as dúvidas dos familiares e amigos dentro da nossa área de competência, de forma a diminuir e controlar a ansiedade destes.

Além dos cuidados prestados aos doentes da unidade de cuidados de intermédios, a realização do PIS sobre a contenção de doentes aborda todos os tipos de doentes, incluindo os críticos.

A nível das aulas do mestrado salienta-se a formação teórico-prática do SAV e do trauma, bem como, os aportes teóricos fornecidos nos módulos cuidados ao cliente com falência multiorgânica e cuidados em situação de crise: cliente e família. Estas aulas permitiram atualizar e aprofundar os conhecimentos na área do doente crítico, beneficiando os cuidados prestados em ambiente de trabalho.

Tendo em conta o descrito, consideramos que o objectivo foi atingido na sua plenitude.

A aquisição da competência *“Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação”* decorreu ao longo da experiência profissional como enfermeiro e como voluntário num corpo de bombeiros. O serviço de urgência é a principal porta de entrada dos doentes num hospital e em situação de catástrofe é o serviço de primeira linha a dar resposta, isto requer um planeamento de modo a que os recursos sejam mobilizados de forma eficaz e eficiente.

Neste sentido, a unidade de cuidados intermédios fornece apoio ao serviço de urgência transferindo os doentes estáveis para o internamento, recebendo os doentes instáveis da urgência de modo a libertar camas e profissionais para cuidar as vítimas da catástrofe.

Podemos classificar a catástrofe como *“uma interrupção grave do funcionamento de uma comunidade ou sociedade causando perdas humanas, materiais, económicas ou ambientais e que comprometem a capacidade da comunidade ou sociedade afetada em lidar com os seus próprios recursos”*. ISDR (2004, p.9) citado pela OMS (2007, p.7).

Enquanto profissional de urgência participei em formações de serviço relativas à catástrofe, onde foi explicado o plano de catástrofe da instituição e do serviço, de salientar que ao longo do tempo o plano tem sofrido várias alterações sendo que de momento se encontra desatualizado devido às obras efectuadas no serviço. Participei em 2011 durante 5 horas num curso denominado “Medicina de Catástrofe e os Hospitais” fornecido pela Administração Regional de Saúde do Algarve. Tendo em conta que a maioria das vítimas de uma catástrofe são politraumatizados, voltamos a fazer referência à formação em trauma adquirida com o curso ATCN, que fornece conhecimentos para a abordagem a estas vítimas.

No decorrer das aulas do mestrado, realizamos um trabalho com respectiva apresentação em sala de aula sobre as competências de enfermagem em catástrofe proposto pelo ICN denominado “ICN Framework of disaster nursing competencies”. Este trabalho aborda o perfil de competências que o enfermeiro deve deter para dar resposta a uma situação de catástrofe, servindo de modelo universal que permite às associações de enfermagem e autoridades responsáveis rever as suas competências em relação às propostas pelo ICN. Durante a elaboração do trabalho foram lidos vários documentos salientando-se o guia geral para a elaboração de um plano de emergência das unidades de saúde da DGS.

Além da elaboração e apresentação do trabalho, foi-me fornecido um livro de trauma do INEM para leitura prévia às aulas teóricas de trauma que decorreram do dia 9/1/2015 com uma carga horária total de 8 horas. Foi efectuada a leitura do livro e estivemos presentes na aula teórica.

No dia 16/1/2015 participei nos exercícios conjuntos entre os estudantes do 3º mestrado em enfermagem médico-cirúrgica e os elementos operacionais dos bombeiros sapadores de Setúbal, os exercícios tiveram a duração de cerca de 8 horas. Na parte da manhã (09h00 às 13h00) foi-nos ministrada formação sobre o Sistema Nacional de Protecção Civil, intervenção em cenário de catástrofe, salvamento e desencarceramento, terminando com uma visita guiada às instalações e equipamentos do quartel. Na parte da tarde (14h00 às 17h30) participamos em exercícios práticos aplicando os conhecimentos anteriormente adquiridos nessa manhã e no dia 9/1/2015, onde atuamos como elementos de uma equipa médica que responde a cenários multi -vítimas.

Como referido no início da descrição da competência foram adquiridos conhecimentos relativos à temática num corpo de bombeiros voluntários. Frequentamos o curso de formação para operacional que nos forneceu conhecimentos na área do combate a incêndios, onde podemos incluir a emergência interna contra incêndios, ajudando a executar as medidas de intervenção necessárias. Um plano de emergência interno contra incêndios tem como objectivo *“organizar a resposta hospitalar, em caso de incidente interno que possa comprometer a atividade normal da Instituição”* DGS (2010, p.7)

Posto o anteriormente descrito, consideramos que esta competência foi adquirida/aprofundada na sua plenitude.

A aquisição da competência *“Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequada”* ocorreu durante a prestação de cuidados aos doentes internados na unidade de cuidados intermédios, onde foram aplicadas as normas vigentes para o controlo e prevenção de infecções associadas à prestação de cuidados de saúde. Foi efectuada a leitura das normas internas da instituição e realizada pesquisa sobre a temática, recorrendo maioritariamente aos documentos da direcção geral de saúde.

O PNCI (2007, p.1) refere que a *“transmissão da infecção numa Unidade de saúde requer três elementos: uma fonte ou reservatório de microrganismos/infecção; um hospedeiro e as vias de transmissão dos microrganismos/infecção.”*, podendo-se classificar a infecção propriamente dita como a *“transmissão de microrganismos para um hospedeiro após invasão ou superação dos mecanismos de defesa, resultando na multiplicação microbiana e invasão dos tecidos do hospedeiro. A resposta do hospedeiro à infecção pode incluir sinais e sintomas clínicos ou ser subclínica”* DGS (2013, p.26)

Segundo o PNCI (2007, p.9) para surgir uma infecção são necessárias as seguintes condições:

- É necessário que os microrganismos tenham acesso a uma porta de entrada que lhes seja favorável
- É necessário que o número de microrganismos (inóculo) seja significativo em função da sua virulência

- É necessário que o microrganismo tenha afinidade para o tecido em causa
- É necessário que o hospedeiro seja susceptível

No decorrer das aulas do mestrado participamos na elaboração de uma apresentação sobre precauções básicas do controlo de infecção, utilizando como base a norma 029/2012 da Direção Geral de Saúde, sendo a mesma apresentada no decorrer das aulas. Esta apresentação estava inserida no módulo cuidados ao cliente com múltiplos sintomas/controlo de infecção que forneceu importantes aportes teóricos, ajudando a aquisição desta competência específica.

O descrito anteriormente também me permitiu verificar se a restante equipa de enfermagem e o pessoal funcionalmente dependente da enfermagem cumpre as normas vigentes, prestando os esclarecimentos e correções necessárias, maximizando assim também a competência do enfermeiro especialista no uso da supervisão de cuidados

A elaboração do trabalho sobre a contenção de doentes e consequente apresentação, constitui uma mais valia nesta competência, alertando e sensibilizando os profissionais de enfermagem para os doentes em risco de comportamentos desadequados e disruptivos. Estes doentes correm o risco de remover os dispositivos médicos proporcionando portas de entrada aos agentes causadores de infecção, além disso podem entrar em contacto com outros doentes, sendo um vector de contaminação. O trabalho permite aos profissionais identificar precocemente o risco de um comportamento destes ocorrer, para que se inicie atempadamente as medidas necessárias para evitar tais situações

Atendendo ao descrito, consideramos que esta competência foi adquirida/aprofundada na totalidade.

Terminada a demonstração da aquisição das competências específicas na vertente da pessoa crítica, serão agora abordadas individualmente todas as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente pessoa em situação crónica e paliativa, demonstrando-se como foram atingidas/aprofundadas.

Na aquisição da competência ***“Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e***

qualidade de vida” foram prestados cuidados no decorrer dos estágios a doentes com doenças crónicas incapacitantes que padeceram de agravamento dos sintomas, aos quais os cuidados prestados tiveram o intuito de reverter o agravamento da sintomatologia.

Os estágios decorreram numa unidade de cuidados de intermédios onde pela sua natureza funcional, não recebe doentes em estado terminal, contudo existiram situações de doentes que apresentaram agravamento acentuado do seu estado geral acabando por falecer. Nestas situações a recta final dos cuidados visaram diminuir o sofrimento do doente/família dentro do possível, proporcionando medidas de conforto ao doente e acompanhando a família relativamente às suas necessidades de forma a proporcionar apoio.

Na prática profissional diária como enfermeiro num serviço de urgência é frequente receber-se doentes com doenças crónicas incapacitantes descompensadas e em situação terminal. Nestes doentes proporcionam-se cuidados que visam o reverter da agudização da doença, assim como, o seu bem-estar e conforto.

Em inúmeras situações debate-se com os elementos médicos a necessidade e benefícios de algumas atitudes terapêuticas, de forma a evitar encarniçamentos terapêuticos e gasto de recursos materiais e humanos desnecessários. Tendo em conta que um serviço de urgência em muitas situações não é o local indicado para cuidar destes doentes, sugere-se junto da equipa médica o encaminhamento ou referência dos mesmos para as unidades de Cuidados Paliativos. A falta de conhecimento dos profissionais de urgência neste campo origina *“abordagens, ora insuficientes, ora exageradas e desnecessárias, quase sempre ignoram o sofrimento e são incapazes, por falta de conhecimento adequado, de tratar os sintomas mais prevalentes, sendo a dor o principal e mais dramático.”* ANCP (2009, p.14)

Esclareceu-se sempre que possível e dentro da nossa área funcional as dúvidas dos familiares, referenciando-se quando necessário para outros profissionais e áreas profissionais como por exemplo a área social (assistente social).

No mestrado, foram fornecidos aportes teóricos importantes neste campo, nomeadamente nos módulos cuidados à pessoa em fim de vida, espiritualidade e cuidados de enfermagem, supervisão de cuidados de enfermagem e intervenções de enfermagem ao

cliente com dor. Foi elaborado um trabalho escrito onde se procedeu a uma revisão teórica sobre os cuidados paliativos, expôs-se um caso clínico e procedeu-se a elaboração de um plano de cuidados.

Tendo em conta o descrito, consideramos que esta competência foi atingida.

Para a aquisição da competência ***“Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte”*** estabeleceu-se durante os estágios relações terapêuticas com os doentes portadores de doença crónica e incapacitante, com os doentes que agravaram o seu estado clínico encontrando-se em estado terminal, assim como, os seus cuidadores e familiares.

O estabelecimento destas relações terapêuticas permitiu a realização de ensinamentos aos doentes e família, de forma a enfrentarem as situações de crise e ocorrer a adaptação a estados e situações novas. Podemos considerar relação terapêutica em enfermagem como uma *“parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde.”* OE (2012, p.10)

Muitos destes doentes desenvolvem comportamentos desadequados devido a necessidades não satisfeitas, neste sentido o trabalho desenvolvido sobre a contenção de doentes prepara os enfermeiros para identificarem os comportamentos desadequados e procurarem o seu significado. Ao identificarem os factores que provocam esses comportamentos podem atuar resolvendo e satisfazendo as necessidades dos doentes, evitando assim, contenções desnecessárias e os seus efeitos nefastos, respeitando a singularidade e autonomia individual do doente.

Durante os estágios não foram presenciadas situações de perda, contudo, na prática diária de urgência presencia-se muitas perdas e doentes em situação agónica. Nessas situações fornecemos todo o apoio necessário aos familiares, nomeadamente, permitir a presença dos familiares nos últimos momentos de vida do doente, permitir que vejam o corpo do doente após este falecer e fornece-se todas as informações necessárias dentro dos limites profissionais.

Os aportes teóricos fornecidos nos módulos cuidados à pessoa em fim de vida, espiritualidade e cuidados de enfermagem, supervisão de cuidados de enfermagem e intervenções de enfermagem ao cliente com dor, também foram importantes na aquisição desta competência.

Tem em conta o exposto consideramos que esta competência foi atingida.

5. SÍNTESE DAS APRENDIZAGENS

5.1 Competências comuns

Durante o estágio foi possível aplicar os conhecimentos adquiridos com os aportes teóricos leccionados nas aulas, bem como, aprofundar conhecimentos específicos e de interesse pessoal.

O enfermeiro no decorrer de uma formação especializada adquire competências comuns às restantes especialidades e competências específicas do seu campo de atuação. Tendo em conta isto, o desenrolar do estágio tem como objetivos a aquisição e aprofundamento destas competências.

De acordo com a OE (2010, p.3) as competências comuns do enfermeiro especialista são *“competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”*, no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista no artigo 4º são definidos quatro domínios de competências comuns:

- *“Responsabilidade profissional, ética e legal”*;
- *“Melhoria contínua da qualidade”*;
- *“Gestão dos cuidados”*;
- *“Desenvolvimento das aprendizagens profissionais”* OE (2010, p.3).

Estas competências comuns são aplicáveis *“em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.”* OE (2010, p.2). Cada domínio de competência exposto anteriormente engloba várias competências.

De seguida serão abordados os domínios de competência e as suas respectivas competências, de forma a se demonstrar como foram atingidas ao longo dos estágios e anos lectivos.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal enquadram-se as competências **A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção** e **A2- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais**. No desenvolvimento destas competências a realização do PIS foi de extrema importância, assim como os aportes teóricos leccionados nas aulas durante o decorrer do mestrado.

Ao abordar-se a temática da contenção de doentes foi feita referência às questões éticas e legais desta prática, principalmente aos possíveis conflitos existentes. Na contenção de doentes podemos considerar a existência de “conflitos” entre três princípios éticos, o princípio da autonomia por onde o doente se rege e os princípios da beneficência e não maleficência por onde os profissionais de saúde se orientam, cabe ao enfermeiro envolvido num destes conflitos ter bases éticas de forma a tomar uma decisão eticamente fundamentada, que não viole os princípios éticos consagrados.

Além das questões éticas levantadas o enfermeiro deve ter consciência que está sujeito às regras vigentes numa sociedade e às inerentes à sua atividade profissional, delineadas no REPE e código deontológico. O cumprimento destas regras é fundamental para determinar se a prática desenvolvida se reveste de legalidade ou por outro lado de ilegalidade. Uma contenção efectuada sem respeito pelas regras sociais e profissionais pode constituir uma atividade criminosa, isto coloca o enfermeiro em posição de sofrer ações legais que poderão resultar em multas, inibição profissional ou prisão nos casos graves.

A abordagem destas questões na apresentação e elaboração do trabalho garantiu que estas competências fossem adquiridas. De salientar que os aportes teóricos leccionados na unidade curricular de filosofia, bioética e direito em enfermagem também foram importantes, fomentando a reflexão e debate neste campo.

No domínio da melhoria contínua da qualidade englobam-se as competências **B1 - Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica**, **B2 - Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade** e **B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro**. Estas competências foram adquiridas com a realização do

PIS, o facto de se intervir numa problemática identificada pressupõe a identificação do problema, o estabelecimento de objectivos, as estratégias a utilizar para atingir os objectivos, a implementação e a avaliação.

O elemento que desencadeia o processo anteriormente descrito, pode ser considerado como alguém que desempenha um papel dinamizador no serviço ou instituição onde está inserido. Ao abordar-se a contenção de doentes, automaticamente estamos a colaborar na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos doentes, tentando diminuir a incidência de doentes contidos, o tempo que permanecem contidos e garantindo que os doentes só são contidos em última instância.

Os enfermeiros ao serem formados na temática da contenção ficam mais despertos para os riscos desta prática e incorporam uma atitude de cuidar com a menor restrição possível, isto conduz a uma prestação de cuidados que visa medidas alternativas à contenção de forma a resolver o problema que causa o comportamento inadequado do doente. A prevenção deste comportamento inadequado além de evitar a contenção do doente garante a sua segurança, prevenindo quedas, remoção traumática de dispositivos médicos e auto/hetero agressão.

Os aporte teóricos leccionados nos módulos estratégias de melhoria contínua da qualidade e segurança e gestão do risco nos cuidados de enfermagem, também contribuíram para a aquisição destas competências, fornecendo conhecimentos teóricos. Assim, podemos considerar que estas competências foram adquiridas na sua totalidade.

No domínio da gestão dos cuidados englobam-se duas competências, **C1 - Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional** e **C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados**. Durante os cuidados prestados aos doentes da unidade de cuidados intermédios nos estágios, bem como na minha prática diária de enfermeiro de urgência, existiram situações de doentes em estado crítico que requereram tomadas de decisão em conjunto com a equipa multidisciplinar, nomeadamente na realização de procedimentos invasivos e exames complementares de diagnóstico.

Na gestão dos cuidados aos doentes da unidade de cuidados intermédios foram delegadas tarefas consideradas menos diferenciadas e ao alcance dos assistentes operacionais, de forma a existir disponibilidade para as tarefas diferenciadas, coube-me a mim enquanto enfermeiro decidir quais as tarefas a delegar. A delegação de tarefas não constitui uma transferência de responsabilidade, como tal, foram supervisionadas e avaliadas de modo a garantir a qualidade dos cuidados prestados.

Os aporte fornecidos no modulo gestão dos cuidados em enfermagem desempenharam um papel relevante. Consideramos estas competências adquiridas na totalidade através do anteriormente descrito.

No domínio desenvolvimento das aprendizagens profissionais constam as competências **D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade** e **D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento**. Com o decorrer do estágio e realização do PIS desenvolveu-se auto- conhecimento, esta procura de conhecimento pressupõe que os recursos e limites pessoais e profissionais são conhecidos, havendo necessidade de os ultrapassar de forma a existir um desempenho superior.

O conhecimento proporciona confiança na prestação de cuidados e uma resposta eficaz e eficiente em situações exigentes. Quando estas situações ocorrem e além de nos sentir-mos confiantes para lidar com elas, os pares demonstram que reconhecem em nós competência para lidar e liderar a ocorrência, existe congruência entre a autoavaliação realizada e a heteroavaliação realizada pelos pares. A autoavaliação efectuada no estágio e posterior avaliação pela enfermeira orientadora e docente, aprofunda a aquisição destas competências.

A realização do PIS e posterior sessão formativa, requereu um aprofundar de conhecimentos numa área concreta. Estes conhecimentos ao serem transmitidos na sessão formativa aos enfermeiros, contribuiu para o conhecimento e desenvolvimentos dos presentes.

Na aquisição destas competências os aportes teóricos leccionados nos módulos relação de ajuda e aconselhamento em enfermagem, métodos de tratamento de informação e trabalho de projeto, foram relevantes.

5.2 Competências de Mestre

Durante o percurso académico foram adquiridas competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, em simultâneo à aquisição destas competências especializadas foram adquiridas competências de mestre.

Para a aquisição do grau de mestre o ciclo de estudos que garante esse grau tem que assegurar a aquisição por parte do estudante de uma especialização profissional. Isto demonstra que sem a aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica não seria possível desenvolver de forma adequada as de mestre.

Seguidamente, abordaremos as competências de mestre e demonstraremos como foram desenvolvidas durante o 3º mestrado de enfermagem médico-cirúrgica.

Na aquisição da competência ***“Demonstre competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem”***, podemos afirmar que no estágio foram prestados cuidados a doentes críticos, o que implica a realização de avaliações com o intuito de realizar diagnósticos de enfermagem e respectivas intervenções de enfermagem. Isto implica o estabelecimento de prioridades na prestação de cuidados aos doentes críticos de forma a prestar cuidados de elevada qualidade e em tempo útil.

Com a realização do PIS sobre a contenção de doentes concebemos um projeto, gerimos esse projeto e realiza-mos supervisão clínica aos cuidados de enfermagem. Isto está de acordo com o código deontológico artigo 88.º alínea *“a) Analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”*.

Durante o 3º semestre do mestrado foi desenvolvido um trabalho escrito no módulo de supervisão de cuidados. Na realização deste trabalho foi identificada uma problemática, elaborados os respectivos diagnósticos de enfermagem e planeadas as intervenções necessárias. Foi utilizada a linguagem CIPE na elaboração dos diagnósticos de enfermagem, estando cada diagnóstico devidamente fundamentado.

Após o anteriormente descrito consideramos que esta competência foi desenvolvida e adquirida na sua plenitude.

A aquisição da competência ***“Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas”***, teve o seu início durante a atividade profissional, foram identificadas lacunas ou necessidades de aquisição de conhecimento/competências.

A Comissão das Comunidades Europeias no Memorando sobre Aprendizagem ao Longo da Vida (2000, p.3) define a aprendizagem ao longo da vida como *“toda e qualquer atividade de aprendizagem, com um objectivo, empreendida numa base contínua e visando melhorar conhecimentos, aptidões e competências”*.

A enfermagem requer formação contínua para dar resposta às exigências da profissão. Esta resposta ocorreu inicialmente com o estudo autónomo, com a frequência de formações em serviço e cursos de curta duração em áreas específicas como o trauma e SAV. Após a resposta inicial ocorreu o ingresso no 3º mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, o que permitiu consolidar e expandir os conhecimentos adquiridos anteriormente. De salientar que a realização dos estágios numa unidade de cuidados intermédios constituiu uma experiência enriquecedora, demonstrando uma realidade diferente do serviço de urgência.

A resposta a esta competência de mestre está em congruência com a alínea c) do artigo 88.º do código deontológico, que refere o dever do enfermeiro *“Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”*.

Consideramos que esta competência de mestre foi adquirida e desenvolvida com anteriormente exposto.

Para a aquisição da competência ***“Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva”*** o PIS deteve um papel importante. Na realização do projeto foram consultados profissionais de enfermagem que desempenham funções em áreas diferentes como a gestão e supervisão, além disso a contenção de doentes requer prescrição médica o que demonstra a complementaridade existente entre a área funcional de enfermagem e a área funcional da medicina.

Durante a prática profissional estamos integrados em equipas multidisciplinares, esta integração requer o desenvolvimento de competências para dar resposta às solicitações dos serviços. Neste sentido, ao longo do percurso profissional foram concluídas formações específicas de forma proactiva para ser dada uma resposta competente e segura em situações complexas, como ocorre na sala de reanimação de uma urgência.

Tendo em conta que na abordagem a um doente complexo intervêm vários profissionais, pode-se considerar que a aquisição de conhecimentos favorece o desenvolvimento da equipa multidisciplinar em geral.

Tendo em conta o anteriormente descrito, consideramos que o objectivos foi atingido na sua plenitude.

Na aquisição da competência *“Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos”*, os enfermeiros são dotados de autonomia profissional, esta autonomia garante que o enfermeiro possa tomar decisões sustentadas em vários critérios.

Na prática diária de um enfermeiro de urgência são tomadas várias decisões, na triagem o profissional utiliza um programa de triagem que o ajuda a atribuir uma prioridade através dos sintomas apresentados pelo doente, contudo a detecção dos sintomas requer conhecimentos e fundamentação. Na sala de reanimação onde são admitidos os doente instáveis e com risco de vida, é necessário um conhecimento vasto e aprofundado que permita uma atuação rápida e segura baseada em argumentos rigorosos.

A tomada de decisão requer conhecimento, a frequência do 3º mestrado de enfermagem médico- cirúrgica contribui para alargar o leque de conhecimentos e fundamentar futuras decisões tomadas. Além do mestrado todas as formações frequentadas ao longo da atividade profissional fornecem sustentação às decisões tomadas em contexto de trabalho.

De salientar que os conhecimentos para a tomada de decisões são sustentados em bases científicas, técnicas, éticas e legais.

Consideramos esta competência adquirida na sua plenitude.

Para a aquisição da competência ***“Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência”***, enquadrámos a elaboração do PIS. Com a concretização do PIS foi identificado um problema em contexto de trabalho e iniciada uma intervenção para resolver ou minimizar o problema identificado, esta intervenção requereu uma base teórica de sustentação.

Segundo Pearson *et al.* (2010) citados por Pereira, Cardoso & Martins (2012, p.56) *“os cuidados de saúde baseados na evidência resultam de um processo contínuo que suscita interrogações, preocupações ou interesses a partir da identificação das necessidades globais de cuidados de saúde quer por técnicos, quer por clientes. Estas orientam-se de modo a gerar conhecimento e evidência científica de qualidade que eficaz e adequadamente responda a essas necessidades, de forma exequível e significativa para populações, culturas e contextos”*.

Neste sentido consideramos que a concretização do PIS contribuiu para uma prática de enfermagem baseada na evidência. Foram fornecidas as linhas orientadoras aos profissionais de enfermagem, de modo a que evitem ao máximo possível a contenção de doentes, sendo que quando inevitável executem o procedimento de acordo com a prática corrente a nível internacional.

Tendo em conta o que foi descrito anteriormente, consideramos que o objectivo foi atingido na totalidade.

A aquisição da competência ***“Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular”*** foi conseguida com a realização do PIS. Para a realização do PIS recorreu-se a metodologia de projeto, onde se procedeu a um diagnóstico de um problema, planeou-se as intervenções a realizar, executou-se as intervenções planeadas e procedeu-se a avaliação.

Nas intervenções do PIS estava contemplada a formação dos enfermeiros da unidade de cuidados intermédios, esta formação teve como finalidade passar informação importante sobre a temática da contenção de doentes, de modo a existir uma prestação de cuidados mais eficaz e eficiente. A temática da contenção de doentes engloba-se nas

políticas de saúde da DGS, um organismo nacional que elaborou circulares sobre a atuação dos profissionais de saúde.

Com este projeto promoveu-se uma mudança de atitude nos enfermeiros, de modo a que seja dada mais importância às medidas preventivas da contenção, isto beneficia o doente no decorrer do seu tratamento e o enfermeiro como prestador de cuidados.

Consideramos que o objectivo foi atingido na sua plenitude.

6. REFLEXÃO FINAL

O caminho percorrido ao longo deste ciclo de estudos garantiu as bases para o aprofundamento e aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Isto proporciona a prestação de cuidados de elevada qualidade e um papel de consultor para os restantes elementos da equipa de enfermagem.

No decorrer dos estágios foi identificado um problema no serviço tendo sido desencadeado com o PIS as intervenções necessárias para o resolver. Isto é visível através do trabalho desenvolvido com o diagnóstico de situação, planeamento do projeto, execução e avaliação. Esta intervenção além de mobilizar vários conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado, proporcionou uma melhoria nos cuidados de saúde prestados aos doentes na unidade de cuidados intermédios.

Em simultâneo ao decorrer do PIS foram desenvolvidos trabalhos, frequentadas aulas, vividas experiências nos estágios e no local de trabalho que mereceram uma reflexão cuidada e aprofundada. Estas atitudes desenvolvidas em conjunto com as formações adquiridas anteriormente ao mestrado, permitiu adquirir/aprofundar as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, dando resposta às solicitações do PAC.

Os objectivos delineados para o PIS e PAC foram alcançados como demonstrado no decorrer do presente relatório, com exceção da auditoria às contenções na unidade de intermédios após a formação. O objectivo da auditoria foi uma infelicidade, uma vez que, no decorrer dos estágios existiram com frequência doentes contidos, sendo que no espaço de tempo entre a formação realizada no serviço e o término do estágio não existiram doentes submetidos a qualquer tipo de contenção. Por um lado fica a ideia de infelicidade, por outro fica a dúvida se não terá sido o resultado da formação realizada no serviço que alterou a prestação de cuidados para melhor no campo da contenção do doente, dando-se ênfase às medidas preventivas.

Durante a realização do relatório existiram aspectos negativos sendo de salientar a escassez de tempo, tornando-se complicada a conjugação das tarefas do mestrado com a

atividade profissional e a vida pessoal. A escolha da teórica de enfermagem requereu bastante tempo de leitura para a decisão de qual se enquadraria melhor na elaboração do PIS, apesar do tempo consumido permitiu um aprofundamento na área das teorias de enfermagem, uma vez que foram lidas várias teorias.

Futuramente pretende-se continuar o percurso desenvolvido até ao presente momento. De acordo com a alínea c) do artigo 88.º do código deontológico do enfermeiro o mesmo deve “*Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas*”.

A área de enfermagem está em constante evolução, exigindo uma atualização constante dos conhecimentos teórico-práticos, como tal, a formação é essencial ao percurso profissional do enfermeiro. A frequência no 3º mestrado de enfermagem médico-cirúrgica constitui um aprofundar de conhecimentos, assim como, um passo dado na longa caminhada que é a formação continua.

7. REFERÊNCIAS

7.1 Bibliográficas

ANCP (2009) Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic.

Benner, P. (2001). De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto.

Brown, V. M. (2004). Dorothy E. Johnson- Modelo de Sistema Comportamental. In Tomey & Alligood (2004), Teóricas de Enfermagem e sua obra – Modelos e teorias de Enfermagem (5ªed.). (pp.279-299). Loures: Lusociência.

CHA (2013) Programa Hospitalar Segurança do Doente - Contenção segura 2ªAuditoria. Portimão: CHA

CHBA (2013) Programa Hospitalar Segurança do Doente - Contenção segura 1ªAuditoria. Portimão: CHBA

Comissão das Comunidades Europeias (2000) Memorando sobre Aprendizagem ao Longo da Vida. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias

CRRNEU (2012) Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. Lisboa: CRRNEU

DGS (2007) Circular Normativa N.º 8/DSPSM/DSPCS de 25/05/2007 sobre medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes – contenção física. Lisboa: DGS

DGS (2010) Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde

DGS (2011) Orientação N.º 021/2011 de 06/06/2011 sobre Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. Lisboa: DGS

DGS (2013). Precauções básicas do controlo da infeção. Lisboa: Ministério da Saúde

FRAGATA, J. & MARTINS, L. (2008). O erro em Medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade. Coimbra: Edições Almedina.

Galego, C & Gomes, A. (2005) Emancipação, ruptura e inovação: O focus group como instrumento de investigação. Lisboa: Revista lusófona de educação, n.5, pp.173-184.

George, J. B. (2000) Teorias de enfermagem os fundamentos à prática profissional (4ª ed.). Porto alegre: Artmed

Le Boterf, G. (2003). Desenvolvendo a competência dos profissionais (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Lobo, M. L. (2000) Capítulo 8 Dorothy E. Johnson. In. George, J. B. (2000) Teorias de enfermagem os fundamentos à prática profissional (4ªed.). (pp.103-103). Porto alegre: Artmed.

Nunes, L. Martins, M. & Lopes, J. (2015) Guia para a elaboração do Relatório de Trabalho de Projeto/Estágio. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde

Nunes, L., Ruivo, A. & Lopes, J. (2013) Guia Orientador dos Estágios. Setúbal: Instituto politécnico de Setúbal, Escola superior de Saúde

Observatório Nacional da Diabetes (2013) Diabetes Factos e Números 2013- Relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes. Lisboa: Sociedade Portuguesa Diabetologia

OLIVEIRA, J. (2007). Segurança dos cuidados VII seminário do conselho jurisdicional. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, N.24, p14.

Ordem dos Enfermeiros. (2010) Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010) Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Repe e estatuto da ordem dos enfermeiros. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Pereira, Cardoso & Martins (2012) Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. Coimbra: Revista Enfermagem Referência, Vol. III, n.7, pp. 55-62.

PNCI (2007) Recomendações para as Precauções de Isolamento, Precauções Básicas e Precauções Dependentes das Vias de Transmissão. Lisboa: Ministério da Saúde.

PNS (2012) Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Eixo estratégico – Qualidade em Saúde. Lisboa: DGS

Phipps, W. J., Sands, J.K. & Marek, J.F. (2003) Enfermagem Médico- Cirúrgica. (6ª ed.). Loures: Lusociência.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte do Doente Crítico- Recomendações. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004) Teóricas de Enfermagem e sua obra – Modelos e teorias de Enfermagem (5ªed.). Loures: Lusociência.

7.2 Electrónicas

Alves, C. (2004) Situações de Emergência em Pediatria- Cetoacidose Diabética. [em linha]. Salvador:

Disponível em:

http://www.medicina.ufba.br/educacao_medica/atualizacao/ext_pediatria/cetoacidose.pdf
[2014, 3 de Julho].

Oliveira, O. & Freitas, H. (1998) Focus Group – Pesquisa qualitativa: Resgatando a Teoria, Instrumentalizando o seu Planejamento [em linha]. São Paulo: Revista de administração, v.33, n.3, pp.83-91

Disponível em:

http://www.rausp.usp.br/busca/artigo.asp?num_artigo=258 [2014, 28 de Abril]

Silva & Assis (2010) Grupo Focal e Análise de Conteúdo como Estratégia Metodológica Clínica-Qualitativa em Pesquisas nos Distúrbios do Desenvolvimento. [em linha] São Paulo: Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, v.10, n.1, p.146-152.

Disponível em:

http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/PosGraduacao/Docs/Cadernos/caderno10/62118_16.pdf [2014, 25 de Junho]

<http://www.apastyle.org/>

<http://www.icn.ch/>

APÊNDICES

APÊNDICE I

(Questões)

Questões:

1- Qual é para vocês a importância da temática da contenção de doentes?

E.1-É importante porque muitas vezes não existe preocupação do médico em tentar evitar a situação mesmo que previsível.

E.2-Depende da situação porque há situações específicas em que não há necessidade de contenção química, nomeadamente doentes que retiram a sonda nasogástrica.

E.3-É importante para a segurança do doente e do profissional.

E.4- É importante no sentido que ajuda no tratamento do doente.

2- Conhecem a norma e os procedimentos necessários à contenção de doentes?

E.1-Não conheço a norma a nível nacional.

E.2-Conheço a existência de uma norma interna mas não conheço o seu conteúdo.

E.3- Não tenho conhecimento das normas.

E.4-Conheço a norma interna, mas lembro-me vagamente do seu conteúdo.

3- Conhecem os possíveis danos resultantes da contenção inadequada de doentes?

E.1-Sim, aparecimento de úlceras de pressão, rabdomiólise, compromisso neurocirculatório.

E.2- A nível psicológico a curto prazo há revolta, mas a longo prazo acho que não.

E.3-Quando passa a confusão e agitação existe vergonha.

E.4- Agravamento da confusão e agitação.

4- Quais acham ser os factores de incumprimento para os resultados das auditorias ao serviço?

E.1-Esquecimento de registo no término da imobilização.

E.2-Esquecimento de registar quando o doente é transferido para outro serviço.

E.3- Não registar imediatamente o termos da imobilização.

E.4- Não registar imediatamente o termos da imobilização por achar que o doente ainda vai necessitar novamente de ser imobilizado.

APÊNDICE II

(Reunião Focus Group e Análise de Conteúdo)

Reunião Focus Group e Análise de Conteúdo.

O focus group consiste num procedimento qualitativo de recolha de dados, este procedimento assenta numa discussão grupal dirigida por um moderador que visa a partilha de informações, exposição de ideias e obtenção de respostas relativamente a uma temática através de um roteiro de questões pré definidas, isto permite a obtenção de informações que constituem um novo conhecimento.

Existem divergências relativamente à classificação deste procedimento como método ou técnica. De acordo com Galego & Gomes (2005, p. 176) *“método pode ser definido como um processo relacional através do qual se atinge um fim previamente determinado, o que pressupõe um conhecimento prévio dos objectivos que se pretendem atingir”*. Por outro lado podemos definir a técnica pela *“minuciosidade de cada um destes procedimentos que permitem operacionalizar o método segundo normas padronizadas”* Galego & Gomes (2005, p. 176). Tendo em conta estas duas definições podemos classificar o focus group como técnica, uma vez que, *“o resultado obtido no decorrer da entrevista, não é um simples aglomerado de informações, mas matéria-prima para que se possa chegar à produção do verdadeiro saber científico”* Galego & Gomes (2005, p. 176). Se pensar-mos que um método pode incluir um leque diversificado de técnicas, então o focus group *“que encerra em si a técnica da entrevista não direccionada e da observação, pode conjugar outras técnicas, como a análise do discurso, que permitam lapidar os dados recolhidos”* Galego & Gomes (2005, p. 177), o que torna o focus group num método.

No decorrer dos estágios I e II do 3º mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica da escola superior de saúde de Setúbal, verificou-se após leitura das diretrizes da DGS, da norma interna da instituição hospitalar e dos dados das auditorias sobre a contenção de doentes, a existência de doentes contidos mecanicamente no local onde decorrem os estágios e que não cumpriam na totalidade os requisitos necessários à contenção de doentes.

Realizou-se uma entrevista exploratória não estruturada à responsável de serviço optando-se após concordância no desenvolvimento de um projeto de intervenção em serviço (PIS) relativo a esta temática. Neste contexto o focus group serve como *“um instrumento complementar na triangulação da recolha e análise de dados”* Galego &

Gomes (2005, p. 177), ou seja, serve como técnica que permite a recolha de dados para complementar as informações fornecidas pelas auditorias.

Para a realização de uma reunião focus group deve ser tomado cuidado na seleção dos participantes, pretendendo-se assegurar um equilíbrio entre homogeneidade e heterogeneidade dentro do grupo. Optou-se por seleccionar uma equipa composta por 4 indivíduos do género feminino e cujos elementos possuísem pelo menos 5 anos de exercício profissional, o que segundo Benner (2001) os coloca no nível de peritos. Os profissionais envolvidos na reunião detinham entre 7 a 19 anos de experiência profissional.

No decorrer da reunião foi efectuada uma apresentação formal, sendo de seguida introduzido o tema, bem como, revelados os dados das auditorias à instituição e ao serviço correspondentes a 2013. A revelação dos dados provocou algum espanto principalmente quando se aperceberam que no serviço, os doentes estavam em média mais tempo contidos mecanicamente comparativamente com os dados gerais da instituição. Posto isto, seguiram-se as questões onde os elementos do grupo responderam de forma espontânea interagindo entre eles. As respostas foram registadas pela enfermeira orientadora que desempenhou um papel de apoio no decorrer da reunião.

Terminada a entrevista e recolhida a informação seguiu-se a análise de conteúdo, que segundo Bardin (2009) citada por Silva & Assis (2010, p.150) consiste num “*conjunto de técnicas de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações*”, permitindo assim revelar o sentido que compõe a comunicação através da frequência de indicadores que tenham significado para o objectivo visado.

A análise de conteúdo divide-se em três etapas, pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré análise consiste na “*fase de organização, tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento da pesquisa*” Bardin (2009) citada por Silva & Assis (2010, p.150), a fase de exploração do material consiste na “*operação de analisar o texto sistematicamente em função das categorias formadas anteriormente*” Bardin (2009); Minayo (2007) citados por Silva & Assis (2010, p.150), a última etapa

consiste nos “*resultados brutos, ou seja, as categorias que serão utilizadas como unidades de análise são submetidas a operações estatísticas simples ou complexas dependendo do caso, de maneira que permitam ressaltar as informações obtidas.*” Bardin (2009); Minayo (2007) citados por Silva & Assis (2010, p.150), posto isto são efectuadas as interpretações e retiradas conclusões.

Para a análise do conteúdo da entrevista realizada e após o anteriormente descrito, recorreu-se à codificação de trechos da entrevista resultando num quadro (Quadro 2). O quadro é constituído por uma coluna com quatro categorias, cada categoria apresenta várias subcategorias e cada subcategoria apresenta uma ou várias unidades de contexto que são trechos da entrevista. Nos trechos os elementos do grupo são designados por E1, E2, E3 e E4 por uma questão de anonimato, por fim a coluna da enumeração que demonstra a frequência e tendência das respostas.

Categoria	Sub Categoria	Unidade contexto	Enumeração
Importância da temática	Importante	E.1 "...porque muitas vezes não existe preocupação do médico..."	3
		E.3 "...para a segurança do doente e do profissional..."	
		E.4 "...ajuda no tratamento dos doente..."	
	Sem opinião definida	E.2 "...Depende da situação porque há situações específicas..."	1
	Não importante	Sem respostas	0
Conhecimento das normas	Sim	E.2 "...Conheço a existência de uma norma interna ..."	2
		E.3 "...Não tenho conhecimento das normas."	
	Não	E.1 "...Não conheço a norma ..."	2
		E.4 "...Conheço a norma interna..."	
Conhecimento dos danos	Sim	E.1 "...Sim, aparecimento de úlceras de pressão..."	3
		E.3 "Quando passa a confusão e agitação existe vergonha."	
		E.4 "Agravamento da confusão e agitação."	
	Não	E.2 "...a longo prazo acho que não."	1
Factores de incumprimento	Esquecimento registos	E.2 "Esquecimento de registar ..."	1
	Esquecimento términos registro	E.1 "Esquecimento de registo no términos ..."	3
		E.3 "Não registar imediatamente o términos da imobilização"	
		E.4 "Não registar imediatamente o términos da imobilização ..."	

Quadro 2. Análise de conteúdo.

Após observação do quadro verificamos o seguinte:

- De forma geral o grupo considera a temática da contenção de doentes importante, existindo um elemento que não apresenta uma opinião definida;
- Metade do grupo reunido conhece as normas existentes sobre a contenção de doentes, a outra metade reconhece não ter conhecimento da existência das normas;

- A maioria do grupo tem conhecimento dos danos provocados por uma contenção inadequada, um elemento não demonstrou ter conhecimentos suficientes neste campo;
- Na última questão relativa aos factores de incumprimento, a maioria do grupo considera que o não registar o término da imobilização é o principal fator para os dados das auditorias, um elemento refere que o principal fator é o esquecimento do registo na contenção.

Concluída a análise de conteúdo, podemos considerar que, as informações obtidas através da reunião focus group vêm validar a necessidade de uma intervenção em serviço. A mais valia desta reunião consistiu na identificação de alguns fatores que segundo os elementos contribuem para os resultados das auditorias.

APÊNDICE III

(Plano de Ação da Sessão de Formação)

Plano de Sessão de Ação de Formação

Tema: Contenção de doentes.

Formador: Guilhermino Reis Nº 130519010

Destinatários: Enfermeiros da unidade de cuidados intermédios do Centro Hospitalar do Algarve.

Local: Sala de formação da unidade de cuidados intermédios.

Data: 27/01/2015 **Hora:** 16 horas **Duração prevista:** 45 minutos

Objectivos:

- Sensibilizar os formandos para a questão da contenção de doentes.
- Melhorar os cuidados prestados aos doentes submetidos a contenção.
- Diminuir a prevalência de doentes contidos.

Conteúdos:

- Aspectos éticos e legais da contenção de doentes.
- Contenção de doentes: Tipos de contenção, complicações, tipos de falhas, procedimentos na contenção mecânica e registos de enfermagem.
- Medidas preventivas à contenção: Causas da alteração comportamental, factores predisponentes e precipitantes da contenção e medidas alternativas à contenção.

Metodologia e recursos:

Metodologia: Expositiva

Recursos: Computador portátil, projetor e sala de formação.

APÊNDICE IV

(Poster)

Figura 2. Poster: Contenção de Doentes

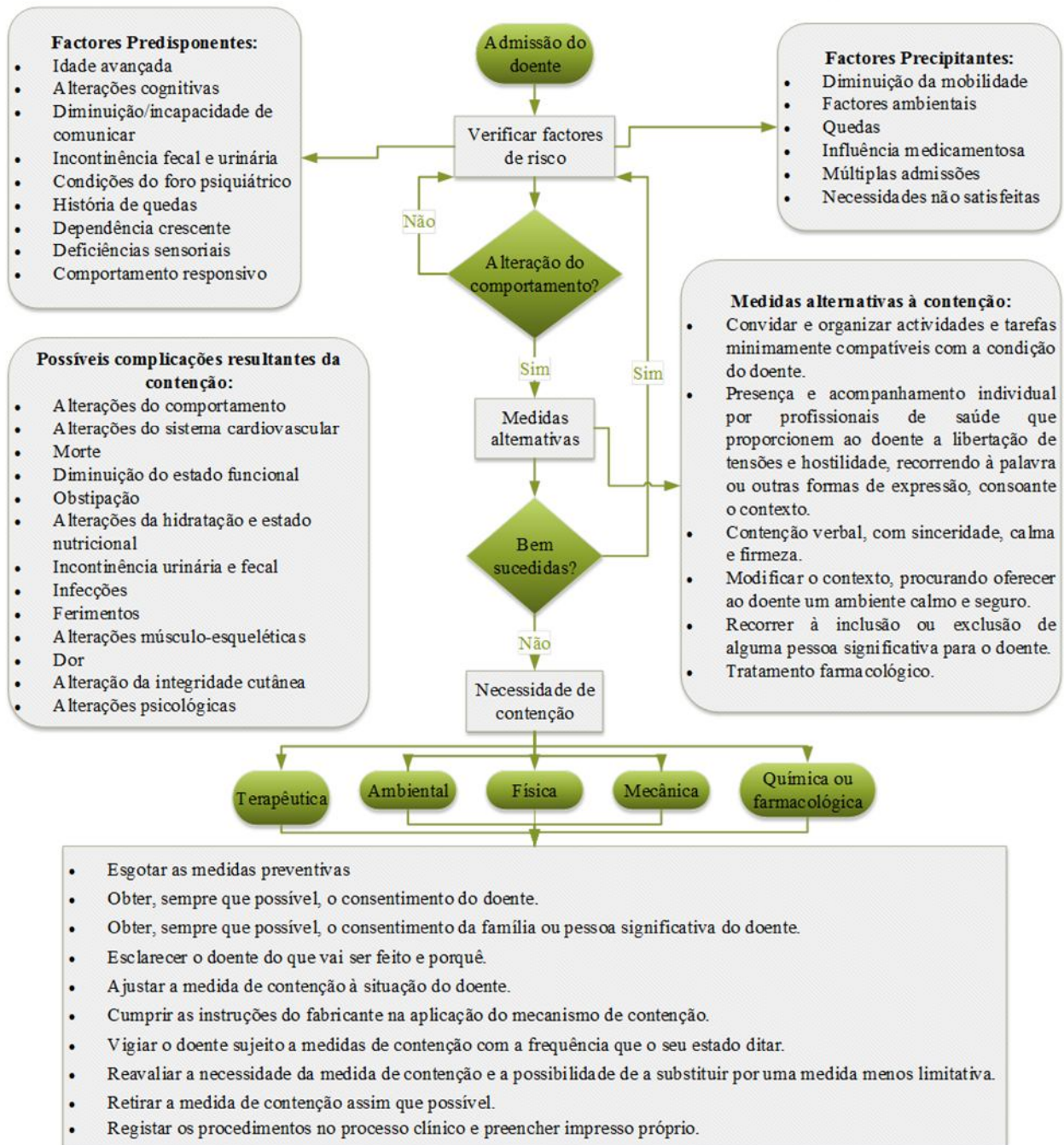


CONTENÇÃO DE DOENTES



O recurso à contenção de doentes é largamente utilizado nas instituições de saúde quer a nível nacional como internacional. Esta prática tem como objectivos evitar comportamentos de risco por parte do doente em relação a si próprio e aos que o rodeiam, a execução de procedimentos “life-saving” e o tratamento compulsivo nos termos legais quando existe recusa.

Podemos designar a contenção de doentes como “medidas utilizadas para controlar a actividade física ou comportamental de uma pessoa ou de uma porção do seu corpo”
College of Nurses of Ontario (2012, p.19).



Referências Bibliográficas:

DGS (2011) Orientação N.º 021/2011 de 06/06/2011 sobre Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. Lisboa: DGS
College of Nurses of Ontario (2012) Clinical Best Practice Guidelines – Promoting Safety: Alternative Approaches to Use of Restraints. Toronto: College of Nurses of Ontario.

Docente orientadora: Prof. Doutora Lurdes Martins
Orientadora: En.ª Especialista Suzel Poucochinho
Autor: Guilhermino Reis N.º130.519/010

APÊNDICE V

(Artigo)

“Contenção de Doentes”

Reis, G. M, L. P, S.

RESUMO:

O recurso à contenção de doentes é largamente utilizado nas instituições de saúde quer a nível nacional como internacional. Esta prática tem como objectivos a segurança do doente evitando comportamentos de risco em relação a si próprio bem como aos que o rodeiam, execução de procedimentos emergentes e o tratamento compulsivo nos termos legais quando existe recusa.

Na procura contínua pela excelência dos cuidados prestados ao doente torna-se pertinente a abordagem desta temática de forma a *“prevenir incidentes e eventos adversos associados às medidas de contenção”* DGS (2011, p.4), garantindo a proteção dos direitos do doente e do profissional de saúde envolvido.

De acordo com a DGS (2011) os profissionais de saúde devem receber formação nesta temática na sua admissão e em sessões de atualização no máximo a cada 3 anos. Esta formação tem como objectivos diminuir o número de doentes contidos, através da aplicação de medidas alternativas e quando inevitável, garantir que as contenções são executadas de forma correta.

Palavras-chave: Contenção, doente, medidas alternativas.

ABSTRACT:

The use of patients restraint is widely used in health institutions at national and international level. This practice aims patient safety by avoiding risk behaviors in relation to himself and to those around them, execution of emerging procedures and compulsory treatment under the law when there is refusal.

In the continuous search for excellence of care provided to the patient becomes relevant the approach of this theme in order to "prevent adverse incidents and events associated with the containment measures" DGS (2011, p.4), ensuring the protection of patient rights and health professional involved.

According to the DGS (2011) health professionals should be trained in this subject for admission and maximum in update sessions every 3 years. This training aims to reduce the number of patients contained through the application of alternative measures and where unavoidable, ensure that restraints are properly implemented.

Keywords: Restraint, patient, alternative measures.

INTRODUÇÃO

A contenção de doentes foi considerada uma área com necessidade de intervenção, como tal, a DGS emanou a Circular Normativa N.º 8/DSPSM/DSPCS de 25/05/2007 sobre medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes – contenção física, sendo posteriormente substituída pela orientação N.º 021/2011 de 06/06/2011 sobre Prevenção de comportamentos dos

doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. Como resultado as instituições de saúde ficaram obrigadas a desenvolver normas internas de atuação na contenção de doentes tendo por base as indicações da DGS, bem como, a auditar o cumprimento da norma.

Os enfermeiros estando em contacto 24 horas com o doente são a principal classe profissional que se depara com situações que requerem a utilização de determinado tipo de contenção. Estas situações têm o potencial de influenciar o estado de saúde (físico e psicológico) do doente, sendo imprescindível a sua correta aplicação.

Além do potencial de influenciar o estado de saúde do doente, a contenção acarreta riscos éticos e legais para os profissionais de saúde envolvidos. Grande parte dos profissionais que recorre a este tipo de medidas, não tem plena consciência das consequências da sua utilização indevida.

A formação em contexto de trabalho nesta área é fulcral para a *“promoção da segurança no recurso a este tipo de medidas”* DGS (2011, p.4), proporcionando assim, benefícios na qualidade dos cuidados de saúde prestados. Neste sentido e tendo em conta que os enfermeiros são o grupo profissional que está permanentemente junto do doente, torna-se necessária formação periódica a estes profissionais e um controlo na sua atuação.

DESENVOLVIMENTO

Contenção

Podemos considerar a contenção de doentes como *“medidas utilizadas para controlar a atividade física ou comportamental de uma pessoa ou de uma porção do seu corpo”* CNO (2012, p.19). De acordo com a DGS (2011, p.3) existem cinco tipos de contenção:

- Contenção terapêutica: medida utilizada para controlar a atividade física ou comportamental de uma pessoa ou parte do seu corpo durante a prestação de cuidados de saúde, visando melhorar a condição de saúde e a prevenção de complicações. O objectivo da contenção terapêutica é otimizar a segurança do doente e de quem o rodeia, mantendo simultaneamente e dentro do possível, o seu conforto e dignidade.
- Contenção ambiental: recurso a alterações que controlam a mobilidade do doente. Pode ser uma sala de confinamento, um espaço fechado ou limitado onde o doente pode deambular em segurança, com supervisão clínica.
- Contenção física: situação em que uma ou mais pessoas da equipa terapêutica seguram um doente, deslocam ou bloqueiam o seu movimento para impedir a exposição a uma situação de risco.

- Contenção mecânica: utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente.
- Contenção química ou farmacológica: medicação psicoativa que visa inibir um movimento ou comportamento em especial.

Além dos cinco tipos de contenção descritos pela DGS (2011), o Royal College of Nurses (2008) faz referência a um sexto tipo de contenção, denominada por contenção psicológica. A contenção psicológica consiste em dizer constantemente a um indivíduo para não realizar determinada ação e/ou que a ação que pretende realizar não é permitida ou é perigosa.

O recurso a medidas de contenção deve ser bem ponderado e visto como uma situação transitória, quando se esgotam as medidas preventivas e se torna inevitável o seu uso, deve-se ponderar os riscos (físicos, psicológicos, éticos e legais) do tipo de contenção escolhida e optar sempre pela menos restritiva.

De acordo com a DGS (2011, p.2) na aplicação de medidas de contenção deve-se:

- Esgotar as medidas preventivas.
- Obter, sempre que possível, o consentimento do doente.
- Obter, sempre que possível, o consentimento da família ou pessoa significativa do doente.

- Esclarecer o doente do que vai ser feito e porquê.
- Ajustar a medida de contenção à situação do doente.
- Cumprir as instruções do fabricante na aplicação do mecanismo de contenção.
- Vigiar o doente sujeito a medidas de contenção com a frequência que o seu estado ditar.
- Reavaliar a necessidade da medida de contenção e a possibilidade de a substituir por uma medida menos limitativa.
- Retirar a medida de contenção assim que possível.
- Registrar os procedimentos no processo clínico.

Alguns estudos demonstram que a contenção de doentes quando mal executada e indevidamente mantida, provoca vários danos ao doente agravando o seu estado de saúde. Estes danos ocorrem devido a falhas na aplicação das medidas de contenção.

Segundo a DGS (2011, p.3) as falhas mais comuns são:

- Seleção do doente: Para alguns doentes a aplicação de uma medida de contenção pode desencadear maior agitação.
- Abuso na utilização: As medidas de contenção são um último recurso e

depois de ponderada a relação risco/benefício. A utilização destas medidas deve ter como resultado o melhor interesse do doente.

- Acompanhamento inadequado: O recurso a estas medidas é abusivo se visa a redução da vigilância do doente. A contenção por um longo período pode resultar em vários problemas de saúde, dependendo do mecanismo adoptado e do doente.
- Tipo ou utilização incorreta de dispositivo de contenção: A escolha do dispositivo inadequado para o caso concreto, no tamanho errado ou de forma inadequada aumenta a possibilidade de ocorrência de incidentes com dano para o doente.

Independentemente da medida de contenção escolhida pela equipa, a mesma deve ser executada sob prescrição médica e registada no processo clínico do doente. Nas situações de urgência os profissionais de enfermagem podem iniciar uma contenção física e/ou mecânica, atuando de acordo com a circular da DGS (2011), com a circular interna da instituição e com o REPE e código deontológico do enfermeiro, comunicando posteriormente ao médico o ocorrido para que o mesmo proceda à avaliação clínica do doente.

Qualquer que seja a medida de contenção aplicada, cabe à enfermeira chefe do serviço assegurar que determinados elementos são registados no processo do doente. DGS (2011, p.1). Tendo em consideração as

indicações da DGS (2011, p.1) e a Norma de Procedimento de Enfermagem N.º 5/IX/E (2012, p.6) os elementos que devem constar no processo do doente são:

- Avaliação do estado do doente que determinou a necessidade de contenção.
- Medidas preventivas iniciadas e o seu impacto.
- Profissionais envolvidos na tomada de decisão das medidas de contenção.
- Tipo de contenção utilizado.
- Data e hora da colocação, retirada ou suspensão da contenção mecânica.
- Avaliações subsequentes à colocação da medida de contenção. Incluem a evolução do estado do doente e o rastreio de lesões associadas à colocação das medidas de contenção.
- Revisão do plano de cuidados como consequência da medida de contenção.
- Duração de cada episódio de contenção

Paralelamente ao registo destes elementos, é obrigatório o preenchimento de um impresso próprio de monitorização de contenções de doentes, existente nas instituições. O preenchimento deste impresso tem como finalidade a avaliação da

eficiência e efetividade do procedimento. Procedimento de Enfermagem N.º 5/IX/E (2012, p.6)

Medidas Preventivas à Contenção

A maioria do comportamento tem um significado, isto exige uma avaliação e análise da causa do mesmo. Quando a causa do comportamento é identificada, podem ser planeadas intervenções para resolver as dificuldades que o doente está a passar e que provocam a alteração do comportamento. CNO (2009, pag.4)

De acordo com o Plymouth Hospitals (2009, p.14) as causas que podem provocar alterações comportamentais, colocando os doentes em risco de medidas de contenção, são as seguintes:

- Hipóxia.
- Hipotensão arterial.
- Pirexia.
- Vontade de urinar ou evacuar.
- Dor ou desconforto.
- Desequilíbrio metabólico e electrolítico.
- Ansiedade ou stresse.
- Síndrome de privação.
- Lesão cerebral.
- Reacção adversa à medicação.

- Intoxicação.
- Alucinações.
- Infecções.
- Desidratação.
- Desnutrição.
- Doença mental.

Existem múltiplos factores predisponentes e precipitantes que contribuem para a decisão de um enfermeiro utilizar medidas de contenção enquanto cuidam dos doentes, devendo-se avaliar a presença dos mesmos na admissão do doente. Estes factores podem ser influenciados pela idade do doente, bem como, por outros factores situacionais que individualmente ou em combinação, resultam em comportamentos que podem influenciar a decisão do enfermeiro. CNO (2012, p.23)

As intervenções de enfermagem devem ter como foco a identificação dos factores que contribuem para comportamentos resultantes de necessidades não satisfeitas. Quando esses factores são identificados, devem ser desenvolvidas e usadas intervenções individualizadas para auxiliar o enfermeiro/equipa multidisciplinar e o doente, resolvendo as causas que podem originar a utilização de medidas de contenção. CNO (2012, pag.32)

A utilização destas medidas que englobam os profissionais de saúde, o doente e a família, funcionam como estratégias para a utilização de medidas alternativas à contenção de doentes. Algumas das

medidas alternativas à contenção de doentes descritas pela DGS (2012, pp. 2-3) são:

- Presença e acompanhamento individual por profissionais de saúde que proporcionem ao doente a libertação de tensões e hostilidade, recorrendo à palavra ou outras formas de expressão, consoante o contexto.
- Contenção verbal, com sinceridade, calma e firmeza.
- Modificar o contexto, procurando oferecer ao doente um ambiente calmo e seguro.
- Recorrer à inclusão ou exclusão de alguma pessoa significativa para o doente.
- Convidar e organizar atividades e tarefas minimamente compatíveis com a condição do doente.
- Tratamento farmacológico.

O College of Nurses of Ontario (2012) desenvolveu um modelo denominado Promoção da segurança: abordagens alternativas para o uso de contenções, com base em princípios orientadores. Este modelo permite aos enfermeiros uma conduta que promova ambientes livres de contenção, em indivíduos que demonstrem alterações de comportamento.

O modelo utiliza três focos, o primeiro foco consiste na prevenção, abordagens alternativas e avaliação, o segundo foco relaciona-se com a implementação das

abordagens alternativas, intervenções que reduzam tensões e gestão de crises, o último foco é a utilização de medidas de contenção após todas as outras alternativas se mostrarem ineficazes. Este modelo consiste numa mudança de paradigma, dando ênfase a uma cultura livre de contenções que se foca nas medidas alternativas à contenção, ao invés de apenas minimizar os efeitos das mesmas. CNO (2012, p.19)

Os princípios/pressupostos orientadores usados no modelo, Promoção da segurança: abordagens alternativas para o uso de contenções, foram os seguintes:

- Doente, família, pessoas significativas e substituto legal são parceiros ativos no cuidado, dentro das suas capacidades e em colaboração com a equipa multidisciplinar de cuidados de saúde.
- A filosofia da prestação de cuidados individualizados é fundamental para a relação terapêutica entre doente e enfermeiro.
- Todo o comportamento do doente tem um significado em resposta a uma causa subjacente.
- A prevenção da utilização de dispositivos de contenção começa com a avaliação e uso de abordagens alternativas.
- Técnicas de redução de tensão usadas na gestão da crise podem ser utilizadas como estratégia de

prevenção no recurso a medidas de contenção.

- A liderança é necessária em todos os níveis das organizações de cuidados de saúde, a fim de criar um movimento em direção a ambientes livres de contenções.
- Quando o uso de medidas de contenção é inevitável, a forma menos restritiva de contenção deve ser utilizada e no menor período de tempo, para evitar danos ao doente e profissionais. O uso de medidas de contenção é temporária e deve-se continuar a considerar medidas alternativas.

REFLEXÃO FINAL

Com a elaboração deste artigo pretendeu-se sensibilizar os profissionais de saúde, em concreto os enfermeiros, relativamente à temática sobre a contenção de doentes, melhorando assim, a qualidade dos cuidados prestados ao doente com necessidade de contenção.

O artigo tem como alicerces as recomendações nacionais (DGS) e as normas institucionais, sendo complementado com a informação proveniente de realidades além-fronteiras.

Deve imperar o princípio do cuidar com a menor restrição possível, tornando-se essencial o recurso às medidas preventivas. A aposta nas medidas preventivas traduz-se numa menor utilização de medidas de

contenção, e quando inevitável, na utilização de medidas de contenção menos restritivas.

De salientar que a correta utilização das medidas preventivas e de contenção, requer além de conhecimentos e formação por parte dos profissionais envolvidos, a existência de recursos materiais e humanos em número adequado, bem como, uma política institucional direcionada para esta temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRITO, J., H., S. (2008). IX Seminário de Ética. Lisboa: Revista Ordem dos Enfermeiros, nº31, pp. 12-16.

CHA- Portimão (2012) Norma de procedimentos de enfermagem N.º 5/IX/E – Cuidados de enfermagem na contenção mecânica de doentes. Portimão: CHA-Portimão.

College of Nurses of Ontario (2009) Practice Standard – Restraints. Toronto: College of Nurses of Ontario.

College of Nurses of Ontario (2012) Clinical Best Practice Guidelines – Promoting Safety: Alternative Approaches to Use of Restraints. Toronto: College of Nurses of Ontario.

DGS (2005) Carta dos direitos do doente internado.[em linha] Lisboa: Ministério da saúde. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf> [2014, 10 de Outubro]

DGS (2007) Circular Normativa N.º 8/DSPSM/DSPCS de 25/05/2007 sobre medidas preventivas de comportamentos

agressivos/violentos de doentes – contenção física. Lisboa: DGS

DGS (2011) Orientação N.º 021/2011 de 06/06/2011 sobre Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. Lisboa: DGS

Figueiredo, A. (2008). Ética: origens e distinção da moral. São Paulo: Saúde, Ética & Justiça;13(1):1-9.

Nunes, L. (2008). IX Seminário de Ética. Lisboa: Revista Ordem dos Enfermeiros, nº31, pp. 33-45.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Repe e estatuto da ordem dos enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Plymouth Hospitals (2009) Restraining Therapies Within the Acute Hospital Setting for Adult Patients Policy. Plymouth: Plymouth Hospitals

Royal College of Nurses (2008) Lets talk about restraint - Rights, risks and responsibilities. London: Royal College of Nurses.

APÊNDICE VI

(Cronograma Inicial de Atividades Planeadas PIS)

Cronograma inicial PIS

Figura 3. Cronograma Inicial PIS

Cronograma 29 Setembro de 2014 a 29 Janeiro de 2015																				
Meses	Setembro				Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro			
Semana	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
Pesquisa bibliográfica																				
Elaboração do trabalho escrito																				
Elaboração de prototipo do poster																				
Elaboração da versão definitiva do poster																				
Elaboração de plano da sessão																				
Realização da formação																				
Realização da auditoria																				
Elaboração do resultado da auditoria																				

APÊNDICE VII

(Cronograma Final de Atividades Planeadas PIS)

Cronograma final PIS

Figura 4. Cronograma Final PIS

Cronograma 29 Setembro de 2014 a 29 de Janeiro de 2015																				
Meses	Setembro				Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro			
Semana	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
Pesquisa bibliográfica																				
Elaboração do trabalho escrito																				
Elaboração do protótipo do poster																				
Elaboração da versão definitiva do poster																				
Elaboração de plano da sessão																				
Realização da formação																				
Realização da auditoria (sem sucesso)																				